

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1919-1920. — N° 111

---

**DES ÉPANCHEMENTS ENKYSTÉS**  
DE  
**L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS**  
D'origine Traumatique  
(Pseudo-Kystes Traumatiques du Pancréas)

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**M. MARCEL FAURE-MARGUERIT**

*Interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble*

Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Né le 20 Mai 1890, à Privas

---

GRENOBLE — IMPRIMERIE GUIRIMAND  
56, Avenue Félix-Viallet

—  
1920







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

DES  
ÉPANCHEMENTS ENKYSTÉS

DE  
L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS

D'origine Traumatique

(Pseudo-Kystes Traumatiques du Pancréas)

---



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1919-1920. — N° 111

---

# DES ÉPANCHEMENTS ENKYSTÉS

DE

## L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES ÉPIPLOONS

D'origine Traumatique

(Pseudo-Kystes Traumatiques du Pancréas)



---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Février 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. MARCEL FAURE-MARGUERIT

*Interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble*

Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Né le 20 Mai 1890 à Privas

---

GRENOBLE — IMPRIMERIE GUIRIMAND

56, Avenue Félix-Viallet

—  
1920

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.  
LEPINE..... ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, TESTUT,  
PERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

## PROFESSEURS

|                                                        |                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------|
| Cliniques médicales .....                              | MM. TEISSIER.     |
| Cliniques chirurgicales .....                          | ROQUE.            |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....            | BARD.             |
| Clinique ophtalmologique.....                          | TIXIER.           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....   | BERARD.           |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales.....       | FABRE.            |
| Clinique des maladies des enfants.....                 | ROLLET.           |
| Clinique des maladies des femmes.....                  | NICOLAS.          |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... | LEPINE (J.).      |
| Chimie biologique.....                                 | WEILL.            |
| Chimie organique et Toxicologie.....                   | POLLOSSON (A.).   |
| Matière médicale et Botanique.....                     | CLUZET.           |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....      | HUGOUNENQ.        |
| Anatomie.....                                          | MOREL.            |
| Anatomie générale et Histologie.....                   | MOREAU.           |
| Physiologie.....                                       | GUIARD.           |
| Pathologie interne.....                                | TESTUT.           |
| Pathologie et Thérapeutiques générales.....            | POLICARD.         |
| Anatomie pathologique.....                             | DOYON.            |
| Médecine opératoire.....                               | COLLET.           |
| Médecine expérimentale et comparée.....                | MOURIQUAND.       |
| Médecine légale.....                                   | PAVIOT.           |
| Hygiène .....                                          | POLLOSSON (M.).   |
| Thérapeutique .....                                    | ARLOING.          |
| Pharmacologie .....                                    | MARTIN (Etienne). |
|                                                        | COURMONT.         |
|                                                        | PIC.              |
|                                                        | FLORENCE.         |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                |              |
|------------------------------------------------|--------------|
| Maladie des oreilles, du nez et du larynx..... | MM. LANNOIS. |
| Pathologie externe.....                        | VALLAS.      |
| Maladies des voies urinaires.....              | ROCHET.      |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                              |                 |         |
|----------------------------------------------|-----------------|---------|
| Chimie minérale.....                         | MM. BARRAL.     | agrégé. |
| Propédeutique de gynécologie.....            | CONDAMIN.       | —       |
| Chirurgie infantile .....                    | NOVE-JOSSERAND, | —       |
| Accouchements.....                           | COMMANDEUR,     | —       |
| Embryologie .....                            | LATARJET,       | —       |
| Anatomie topographique.....                  | PATEL,          | —       |
| Botanique .....                              | BRETIN,         | —       |
| Chirurgie expérimentale.....                 | VILLARD,        | —       |
| Clinique infantile.....                      | X.,,            | —       |
| Déontologie et médecine professionnelle..... | X.,,            | —       |

## AGRÉGÉS

|               |                 |                   |                   |
|---------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| MM.           | MM.             | MM.               | MM.               |
| BARRAL        | BRETIN          | SAVY              | BONNAMOUR, chargé |
| COMMANDEUR    | LERICHE         | FROMENT           | des fonctions.    |
| NEVEU-LEMAIRE | THEVENON (Léon) | THEVENOT (Lucien) | SARVONAT, id.     |
| LAROYENNE     | TAVERNIER       | PIERY             | FAVRE, id.        |
| VORON         | CADE            | COTTE             | GRAVIER, id.      |
| NOGIER        | GUILLEMARD      | DUROUX            | ROUBIER, id.      |
| LATARJET      | GARIN           |                   |                   |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, *Président*; VILLARD, *Assesseur*; LAROYENNE et TAVERNIER, *Agrégés*,

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE  
LE CAPITAINE FAURE-MARGUERIT

Chevalier de la Légion d'honneur  
Décoré de la Médaille militaire

A MA MÈRE

Sa vie n'a été qu'un long sacrifice pour ses enfants. L'amour que nous avons pour elle et la reconnaissance que nous lui devons ne peuvent se traduire par de simples mots.

A MA SŒUR

L'affection profonde qui nous unit a été et sera toujours notre force et notre joie dans la vie.

A MON BEAU-FRÈRE

A MON COUSIN E. DUSSERT

Il a été pour nous un véritable frère, nous sommes heureux de l'associer aujourd'hui à notre joie.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale

Il nous fait le très grand  
honneur de présider cette thèse  
qu'il nous a inspirée.

Nous le prions d'agréer l'hom-  
mage de nos plus respectueux  
remerciements.

AUX MEMBRES DE MON JURY

## A MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIOL

Directeur de l'Ecole de Médecine de Grenoble

Professeur de Clinique chirurgicale

Il a été pour nous plus qu'un maître; nous sommes heureux de lui offrir ici le témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS : PORTE.

DESCHAMPS.

JACQUEMET.

GIRARD (in memoriam).

PERRIOL.

CORNELOUP.



## INTRODUCTION

---

Parmi les formations kystiques du pancréas, il y a lieu de distinguer :

1<sup>o</sup>) Les kystes développés aux dépens même de la glande : ils possèdent une paroi propre formée par une assise de cellules épithéliales ; ce sont les *Kystes glandulaires*, encore appelés simplement kystes du pancréas.

2<sup>o</sup>) Ceux développés en avant du pancréas, dans l'arrière cavité des épiploons. Ils ont une origine traumatique ou infectieuse, ne possèdent pas de paroi propre et le liquide qu'ils renferment est contenu dans une enveloppe formée de fausses membranes plus ou moins épaisses, adhérant aux organes qui forment l'arrière cavité des épiploons.

Ce sont les *épanchements enkystés de l'arrière cavité* des épiploons auxquels la plupart des auteurs donnent le nom de *pseudo-kystes du pancréas*.

Parmi ces derniers, il nous a semblé intéressant d'étudier spécialement les collections enkystées d'origine traumatique ; nous n'étudierons ni les kystes glandulaires ni les kystes hémorragiques du pancréas, ni les hématomes pathologiques liés à la cyto stéato-nécrose du pancréas, ou à tout autre

lésion pathologique de la glande, que cette lésion soit infectieuse ou toxique (pancréatite hémorragique). Nous nous occupons exclusivement de l'étude des collections qui se produisent et se cantonnent dans la cavité des épiploons à la suite des *lésions traumatiques* du pancréas, cas le plus fréquent, de la rate, d'un vaisseau de la région, accessoirement du rein ou du lobe de Spiegel, ou même de la face postérieure de l'estomac.

C'est cette diversité des organes en cause qui fait abandonner de plus en plus l'appellation de pseudo-kystes traumatiques du pancréas pour celle plus large d'épanchements enkystés de l'arrière cavité des épiploons, car ces collections « ne méritent pas une appellation spéciale qui semblerait indiquer une entité clinique bien définie et d'origine connue »  
**E. Bérard** in Société de chir. 23 décembre 1919.

Nous laisserons de côté les hémorragies secondaires, pathologiques ou traumatiques, qui pourraient se produire dans la cavité du kyste pancréatique préexistant et qui ne sont que des modifications survenues dans l'évolution d'une tumeur.

Nous devons l'inspiration de ce travail à M. le Professeur Bérard, qui a eu l'extrême obligeance de nous communiquer deux observations de malades opérés dans son service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, de Lyon.

Nous sommes heureux de lui offrir, pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé, le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous n'oublierons pas M. Ch. Dunet, chef de laboratoire, qui, avec une amabilité parfaite, nous a donné tous les renseignements utiles et à qui nous devons les superbes photographies qui illustrent ce travail.

## Historique

La bibliographie des collections enkystées de l'arrière cavité des épiploons d'origine traumatique est beaucoup moins riche que celle des autres hématomes ou kystes traumatiques de l'abdomen.

Il y a peu d'années encore, on considérait comme une extrême rareté ces collections traumatiques et il a fallu les progrès de la chirurgie abdominale pour attirer l'attention sur cette affection, au cours des laparotomies pratiquées à l'occasion des contusions de l'abdomen.

Le plus ancien document paraît être celui de **Fourcade**, (*Paris 1829*), mais les collections étudiées sous le nom de collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons (pseudo-kystes-traumatiques du pancréas) semblent avoir été signalées par **Malgaigne**, l'un des premiers ainsi que Bichon le rappelle dans sa thèse “ *Contribution à l'étude des kystes hématiques de l'épiploon* ” *Toulouse 1895*. Dans son traité d'anatomie chirurgicale, il parle d'un amas de sérosité pouvant se produire dans l'arrière-cavité des épiploons et constituer une sorte d'*hydropisie enkystée*.

Ensuite viennent les observations de **Simon**, 1858, **Le Dentu**, 1865, **Piéchaud** et **Richet**, Chayron, 1877, **Mérigot de Treigny**, **Senn**, 1885 ; mais il faut surtout retenir les travaux de **Heinricius**, 1897, **Körte**, 1898, les communications de **Lejars**, 1901, **Jeannel**, **Cumston**, 1903, **Dvuzhiliny**, 1904, **Honigmann** et **Haynes**, 1905.

Au Congrès français de chirurgie de 1905, **Villar** dans son rapport établit une division pathogénique des pseudo-kystes

traumatiques du pancréas et rassemble 31 cas soumis à l'intervention chirurgicale.

Depuis Villar, les travaux ou communications se sont multipliés : **Kraske**, 1906, **Blanc et Porte**, **Hardouin**, 1907, **Guinard-Villar et Caragnier**, **R. Picqué-Nœver et Verhægen**, **Schwartz**, 1908, **Savariaud**, 1909, **Auvray-Hue** (in thèse Couture) 1910, **Walther**, **Mériel**, **Lévêque**, 1911, **Crescenzi** (Florence), 1912, **Chiarugi** (Sienne), **Delfino** (Gênes), 1913, **E. Bérard et Ch. Dunet**, 1918, **Miginiac**, 1919, **E. Bérard** 23 décembre 1919.

## Etiologie - Pathogénie

L'affection débute avec le traumatisme, qui contusionne plus ou moins le pancréas ou les organes voisins, rate, lobe de Spiegel, vaisseaux, rein, puis évolue d'une façon continue jusqu'à l'apparition de la tumeur kystique.

Rien auparavant n'indique chez l'individu un trouble quelconque de ces organes et on retrouve toujours dans l'histoire clinique de la maladie, une violence extérieure prouvant qu'il y a une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'évolution de la maladie. L'étiologie des collections enkystées de l'arrière-cavité ou pseudo-kystes, se confond donc avec celle de la contusion primitive des organes en cause.

Les causes *prédisposantes* ne sont autres que celles qui exposent aux traumatismes.

C'est ainsi que l'homme, plus exposé aux chutes et aux chocs, par ses professions (charretier, employé de chemin

de fer, palefrenier, etc...), est plus fréquemment atteint que la femme, alors que la proportion est inverse lorsqu'il s'agit de kystes glandulaires vrais.

De même, la plupart des cas ont été constatés chez des sujets âgés de 20 à 50 ans ; les observations sont très rares de pseudo kystes ayant évolué aux âges extrêmes de la vie : **Fenger** : garçon de huit ans — **Tillaux** : garçon de 16 ans.

La *cause déterminante* de l'apparition du kyste est toujours un traumatisme quelconque, la violence s'exerçant soit directement au creux épigastrique, soit au niveau des hypochondres ou des flancs.

Les traumatismes, susceptibles de contusionner les organes entourant l'arrière-cavité des épiploons et de déterminer l'apparition plus ou moins tardive d'un pseudo-kyste traumatique, peuvent être divisés en trois groupes :

- 1<sup>o</sup>) les chocs ;
- 2<sup>o</sup>) les écrasements ;
- 3<sup>o</sup>) les plaies par armes à feu ou armes blanches.

Les *chocs* épigastriques les plus variables peuvent contusionner le pancréas et organes voisins, à condition qu'il s'agisse d'un coup violent et bien limité.

C'est ainsi que les contusions, point de départ d'un pseudo-kyste traumatique, ont pu être causées par :

Coup de pied de cheval — **Jaun, Schwartz, Jeannel.**

Coup de timon de voiture — **Le Dentu, Hoffmeier,**  
**Walther, F. Hue.**

Coup de guidon de bicyclette — **Hadra.**

Coup de corne — **Blanc et Porte.**

Coup de genou — **Lloyd.**

Coup produit par une chaise — **Cumston.**

Chute de voiture. — **Senn.**

Chute d'un trottoir. — **Auvray.**

Chute de cheval. — **Fenger.**

Chute d'un lieu plus ou moins élevé. — **Nøever et  
Verhægen,  
Tillaux.**

Choc par un corps animé d'une force  
rotative

**Mériel.**

Comme cas exceptionnel, on cite celui de **Cowen** : chute verticale d'un baigneur dans l'eau.

Dans tous ces cas, il s'agit de chocs violents, limités, atteignant directement l'épigastre, soit d'avant en arrière soit de haut en bas ; plus rarement, le coup produit sa violence obliquement. Quelle que soit la direction du choc, la région atteinte le plus souvent est le creux épigastrique que l'on pourrait appeler l'*espace vulnérable* du pancréas : après elle viennent la région ombilicale et le flanc gauche.

Les *écrasements* par roues de voiture ou les éboulements, les compressions constituent une cause relativement fréquente de contusion, point de départ de collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons.

Ecrasement par voiture. — **Heinecke, Kraske.**

Compression entre une voiture et un arbre. — **Schwartz.**

— contre un mur. — **Hardouin.**

— contre une mangeoire. — **Bérard.**

Tamponnement entre deux wagons. — **Mickulicz.**

Eboulement. — **Rose.**

Tamponnement par automobile. — **Miginiac.**

Quand il s'agit d'un écrasement par une voiture, presque toujours la roue passe directement sur l'épigastre ; les meilleures conditions sont alors réunies pour contusionner le pancréas ; plus rarement, la roue passe sur la partie

inférieure du thorax et après avoir fracturé une ou plusieurs côtes, peut léser la rate ou le foie, selon l'hémithorax intéressé

Les *plaies par armes blanches*, très rares peuvent être l'origine des collections enkystées de l'arrière-cavité ; tel est le cas du malade cité par Fourcade qui avait une plaie de l'estomac et une section de l'artère splénique, origine d'un hématome enkysté de l'arrière-cavité.

Les *plaies par armes à feu* constituent une cause exceptionnelle de pseudo-kystes traumatiques ; il est rare, en effet, que le projectile ne produise pas de graves lésions multiples et l'intervention chirurgicale précoce ne permet pas d'assister à la formation d'une collection enkystée de l'arrière-cavité.

Il n'existe pas, à notre connaissance de cas publiés, en dehors de celui que M. le Professeur **Bérard** a bien voulu nous communiquer et qui fera l'objet de notre observation I.

L'étiologie étant connue, quelle est la lésion traumatique qui va provoquer la formation d'une collection enkystée de l'arrière-cavité des épiploons ? *quel est l'organe qui est en cause ?* Il est difficile de répondre à cette question, car, le plus souvent, dans les cas opérés et guéris, il n'est pas possible au chirurgien de découvrir la lésion qui, généralement, ne saigne plus au moment où l'on opère, (**Walther, Mériel**).

Les organes en cause peuvent être : soit le pancréas, soit la rate et l'artère splénique ou le tronc cœliaque, soit le lobule de Spiegel, accessoirement le rein ou la face postérieure de l'estomac.

Nous avons recherché avec soin les observations donnant des détails précis au point de vue pathogénique, mais le plus souvent les indications manquent et les auteurs qui intitulent leurs observations « pseudo-kyste traumatique du

pancréas » — « kyste de l'arrière-cavité » — « péritonite enkystée de l'arrière-cavité », ne font pas mention de l'organe intéressé.

L'exploration de la cavité kystique est d'ailleurs difficile, soit en raison des caillots ou des néomembranes qui recouvrent les organes intéressés, soit en raison du peu de jour que l'on peut avoir à travers une brèche épiploïque étroite, (**Auvray**); aussi, nombreux sont les auteurs qui n'ont pu trouver traces de lésions quelconques.

« Dans les deux cas, on n'a pu trouver de lésions pancréatiques ou autres ; il n'y avait même plus de sang et il s'agissait plutôt de collections liquides, résultant de la transformation d'un épanchement sanguin. » **Schwartz**.

« Rien d'anormal ne peut être senti sur la face antérieure du pancréas, ni sur la face postérieure de l'estomac : rate, rein et voies biliaires normaux. » **Auvray**.

« La paroi interne de la poche paraît lisse partout et on perçoit sous le doigt le relief de tous les organes de l'arrière-cavité sans solution de continuité apparente. » **P. Hue**.

« Il est absolument impossible de palper, de percevoir ou de sentir ni la rate, ni le rein, ni le pancréas : il est donc impossible de préciser le siège de la lésion ». **Miginiaç**.

*Tronc coeliaque et artère splénique.* Les observations ne sont pas nombreuses.

Au cours d'une autopsie, **Villière** a observé une blessure de l'artère splénique qui était apparente quand on injectait de l'eau dans l'aorte sous pression.

**Fourcade** a également observé à l'autopsie, une plaie de l'artère splénique, au ras du tronc coeliaque, (voir observation).

*La rate* peut être le point de départ d'une collection

enkystée de l'arrière-cavité des épiploons, mais les observations précises manquent, et la seule que nous ayons est celle de **Morestin** (*Congrès de chirurgie 1904*), intitulée hématocele péri-sphérique.

Il s'agissait d'un homme qui, un an après un traumatisme (coup de poing dans l'hypochondre gauche), était porteur d'une volumineuse tumeur développée sous le rebord costal gauche. Collection sans parois propres, limitée par des adhérences.

Dans une première intervention, la rate n'avait pas été vue, mais une fistule persistante entraîna une seconde opération : la rate fut alors explorée, elle était volumineuse et portait une *cicatrice étoilée*.

Nous ne ferons pas état de l'observation de **Sante-Solieri** (*Journal de chirurgie 1911*), intitulée kyste hématique de la rate. Poche adhérent à l'estomac, à l'intestin et au diaphragme et contenant des vestiges de rate. Mais l'auteur est muet sur l'existence d'un traumatisme antérieur.

*Le lobule de Spiegel* peut-il être incriminé ? **Richet** (1877) le croit, mais, dans l'observation que nous rapportons plus loin, le malade ne présentait pas d'ictère et l'analyse du liquide ne déclarait aucun élément biliaire.

**Mériel** (*Bulletin médical, 26 août 1911*), rapporte une observation de collection enkystée de l'arrière-cavité qui semble avoir eu pour point de départ une lésion du foie. La matité de la tumeur kystique se continuait en effet avec la matité hépatique, le malade présentait du subictère, et, au moment de l'intervention l'index s'engageait dans un conduit à paroi étroite, allant sous le lobe gauche du foie.

**Savariaud** intitule son observation « Pseudo-kyste pancréatique consécutif à un *épanchement de bile* et de suc

pancréatique dans l'arrière-cavité des épiploons » L'intervention n'a d'ailleurs pas permis de voir de lésions du foie, et seule l'analyse du liquide (pigments biliaires et urée), permet, d'après l'auteur, d'affirmer la *nature biliaire du liquide* (voir plus loin l'observation détaillée).

**Cumston** (*Revue de chir.* 1903), note chez sa malade du subictère et une coloration grisâtre des matières ; le médecin crut à des calculs biliaires et ce fut sur ce diagnostic que l'intervention fut décidée. On ne trouva d'ailleurs aucune lésion du foie, et le liquide n'avait aucun des caractères de la bile. Il semble bien qu'il s'agisse là de simples phénomènes de compression des voies biliaires par la tumeur kystique.

*Le rein* ne semble pas jouer de rôle dans la production des collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons, bien que souvent le contact lombaire en ait imposé pour une tumeur rénale.

Le blessé de l'observation I (**E. Bérard et Ch. Dunet**), avait eu, le lendemain de sa blessure, de l'anurie et des hématuries qui avaient persisté pendant quatre jours, mais, le liquide contenu dans le kyste, n'avait absolument pas l'odeur d'urine, et le rein gauche, augmenté de volume, était cependant distinct de la tumeur.

Enfin, comme lésion rare, on peut citer les *plaies de l'estomac*, deux observations en font état : celle de **Fourcade**, où la lésion stomacale s'accompagnait de section de l'artère splénique et celle de **Rose**, où à côté d'une lésion pancréatique, il y avait une déchirure de la face postérieure de l'estomac.

Mais, de tous les organes circonscrivant l'arrière-cavité des épiploons, le plus fréquemment atteint est :

*Le pancréas*. Al'appui de cette assertion, nous donnerons

des preuves tirées de l'examen du liquide contenu dans la collection ou s'écoulant par une fistule post opératoire et des preuves tirées de la constatation de lésions de la glande.

**Garré** (de Königsberg), au Congrès Français de chirurgie, 1905, cite un cas de kyste traumatique du pancréas où il a trouvé une rupture complète de l'organe.

**Blecher** (de Brandeburg) XXXV<sup>e</sup> Congrès de la Société Allemande de chirurgie, rapporte un cas de rupture du pancréas ayant donné lieu à un hématome enkysté chez un jeune homme de 23 ans qui avait reçu un coup de pied de cheval à l'épigastre.

**Walther**, en 1905, opère un malade de 17 ans, renversé par une automobile, et trouve un broiement de la tête du pancréas avec déchirure du petit épiploon.

**Guinard**, à la Société de chirurgie de Paris (juin 1908), cite l'observation d'un malade opéré par R. Picqué, chez lequel, « en relevant le bord libre du lobe gauche du foie, on ouvre une cavité d'où s'échappe un liquide un peu louche.

Dans la profondeur, au devant de la colonne vertébrale, on trouve une saillie dure et arrondie que l'on excise. La pièce enlevée, présentait à la coupe l'aspect macroscopique du tissu glandulaire, et l'examen histologique montra qu'il s'agissait du pancréas. »

**E. Bérard**, en intervenant pour tarir une fistule post opératoire, est conduit sur le pancréas, siège du pseudo-kyste et est obligé d'inciser en plein tissu pancréatique, par le trajet fistuleux, dans lequel est introduit un stylet boutonné « on cathétérise sans aucun doute un canal pancréatique. . on a sous les yeux l'orifice interne plongeant dans le pancréas ».

L'*analyse du liquide* a montré souvent aussi qu'il s'agissait de suc pancréatique ; cette analyse a été positive dans

les observations de **Schwartz**, **F. Hue**, **Graf**, **Kraske**, **Heineke**, etc.

Enfin, dans le cas de **Jeannel** et de **Senn**, on a pu assister à une véritable *auto digestion de la peau*, qui se trouvait baignée par le liquide s'écoulant de la fistule.

Le *mécanisme* des contusions ou des ruptures de ces organes ne présente pas grand intérêt : le plus souvent, l'agent contondant *agit directement* sur l'organe intéressé ; traumatisme portant sur l'hypochondre gauche ou la partie gauche de la paroi abdominale (rate, rein), écrasement du foie entre les côtes et la colonne vertébrale ; plus rarement il s'agit de *causes indirectes* (rupture du foie consécutive à un traumatisme de la paroi gauche de l'abdomen, par le mécanisme du contre-coup, rupture du rein par flexion de ses deux pôles?).

Pour le *pancréas* il en est d'ailleurs de même. **Guinard** pense que la paroi abdominale antérieure se laisse déprimer suffisamment pour permettre un écrasement de la portion moyenne du pancréas contre la colonne vertébrale. L'objet traumatique agit, en effet souvent, par une surface relativement petite (coup de pied de cheval, timon de voiture) ; d'autre part, les lésions de la portion moyenne du pancréas sont les plus fréquentes.

**Auvray** invoque un mécanisme qui nous paraît plus rare : sous l'influence du traumatisme, le ligament pancréatico-splénique se tend brusquement, occasionnant ainsi la rupture plus ou moins complète de la glande.

Quel que soit le mécanisme qui intervienne à l'origine, il faut se demander comment peuvent se former ces collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons.

Il nous paraît nécessaire de spécifier, dès maintenant, que

seules les contusions de moyenne intensité, pourront aboutir à la formation de collections enkystées ; il est évident, en effet, que des écrasements ou des ruptures intéressant une partie importante du foie, de la rate, du pancréas, entraînent la mort rapide, ou produisent de telles lésions, qu'une intervention chirurgicale urgente s'impose ; dans ces conditions il n'y a pas à parler de l'évolution possible d'une collection enkystée ; de même une section d'un gros vaisseau (tronc cœliaque).

Dans le cas de contusion légère, intéressant le pancréas, le péritoine reste intact, l'hématome est cantonné alors dans le parenchyme glandulaire ; mais quand il s'agit de contusion intéressant le péritoine, et ceci s'applique forcément aux plaies par armes à feu, le sang et le liquide pancréatique se déversent dans l'arrière-cavité des épiploons.

Au point de vue pathogénique, on peut distinguer avec **Villar**, des *kystes sanguins* ou *hématomes*,  
des *pseudo-kystes*.

1<sup>o</sup>) Dans le premier cas, l'hémorragie est expliquée par la blessure d'un des nombreux vaisseaux qui entourent le pancréas, soit pour l'irriguer lui-même, soit pour se distribuer aux organes voisins : foie, rate.

Nous savons, en effet, que le pancréas reçoit ses vaisseaux de trois sources différentes. L'*artère splénique* suit le bord supérieur de la glande pour gagner, au niveau de la queue du pancréas, le hile de la rate ; sur son trajet, elle donne de nombreux rameaux au pancréas.

L'*artère hépatique*, dans sa première portion transversale, donne la pancréatico-duodénale supérieure qui, au niveau de la tête du pancréas, se divise en deux branches passant l'une en avant, l'autre en arrière du pancréas pour

aller s'anastomoser aux deux branches semblables de la pancréatico-duodénale inférieure, fournie par la *mésentérique supérieure*.

La mésentérique fournit en outre une branche qui suit le bord inférieur de la glande.

La blessure de l'un de ces nombreux vaisseaux entraîne une hémorragie qui peut s'accumuler dans l'arrière-cavité des épiploons, puis, une péritonite adhésive circonscrit l'épanchement et l'enkyste : l'hématome est constitué.

2<sup>o</sup>) Les *pseudo-kystes* sont caractérisés par le fait, que le liquide qu'ils renferment n'est pas exclusivement sanguin, mais composé, en proportions variables, de sang, d'éléments du suc pancréatique, parfois de bile.

La pathogénie, dans ce cas, est la suivante : il y a eu rupture simultanée d'acini glandulaires, de canaux pancréatiques ou biliaires, de vaisseaux. La preuve, de visu, en est le plus souvent difficile ; il faut alors admettre, avec **Auvray**, qu'une simple fissure est suffisante pour permettre l'écoulement du liquide, car, souvent, au cours de l'exploration, la palpation méthodique du pancréas, de la rate, du rein, etc., n'a rien pu déceler d'anormal ; de plus, nous verrons dans nombre d'observations, combien l'exploration complète à travers une brèche épiploïque étroite est difficile.

Dans le cas où le traumatisme détermine : soit un hématome, par rupture des canaux sanguins, soit une simple contusion limitée, il peut encore se former un pseudo-kyste, une collection enkystée, car ces lésions sont des foyers favorables à l'action irritante et nécrosante du suc pancréatique et l'ouverture secondaire et tardive des canaux contenus dans ce foyer, donnera lieu à un épanchement de suc pancréatique enkysté.

Dans d'autres cas, on peut admettre que le pseudo-kyste résulte de la transformation d'un hématome : cela nous expliquerait les cas où le liquide était légèrement ambré, sans que l'analyse chimique ait pu y déceler les éléments du suc pancréatique ou des éléments biliaires.

Cette relation entre les hématomes de l'arrière-cavité et les collections enkystées de l'arrière-cavité ou pseudo-kystes traumatiques du pancréas a été reprise par **G. Miginiaç** dans son étude récente sur les *Hématomes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons*, in Revue de chirurgie, janvier 1919, parue en juin 1919.

« Il est admis, dit-il, par tous les auteurs que les hématomes traumatiques du pancréas sont l'origine des kystes pancréatiques traumatiques. »

Pour **Villar**, cela est possible. Pour **Gosset**, « l'intégrité du péritoine limite le foyer hémorragique, et ainsi se constitue l'hématome enkysté de l'arrière-cavité des épiploons, origine des kystes traumatiques du pancréas. »

On retrouve cette opinion dans les divers traités de médecine ou de chirurgie. L'hématome se modifierait, se transformerait : le contenu de la poche pourrait même perdre peu à peu ses caractères hématiques, devenir limpide, le sang et l'hémoglobine se décomposeraient(?) au point qu'il peut être difficile d'en retrouver des traces chimiquement — Le liquide peut avoir ainsi la couleur de la bière, ou être clair comme de l'eau.

Lorsque l'hémorragie est la conséquence directe du traumatisme, il se fait un épanchement de sang pur dans l'arrière-cavité.

« Ce serait là, croit-on, le point de départ de certains kystes du pancréas. »

Au sang épanché viendrait se mélanger du liquide pancréatique, en vertu de la rupture du canal de Wirsung. Et, plus tard, le sang se résorbant, le kyste perdrait progressivement ses qualités hématiques pour prendre l'aspect de certains kystes remplis de liquide pancréatique (**Mathieu**, Traité de Médecine Charcot-Bouchard).

« Lorsque l'hématome se transforme lentement en pseudo-kyste, c'est qu'il y a eu, en général, rupture des canaux pancréatiques et mélange du suc pancréatique au sang épanché. Telle est l'opinion de **Körte**, de **Villar**.

« Mais il faut bien reconnaître qu'une telle transformation ne s'observe nulle part ailleurs, dans aucun autre hématome traumatique, si ce n'est dans la plèvre où un épanchement séro-fibrineux peut se produire et se mélanger à l'hémithorax.

« Nous pensons qu'il est extrêmement difficile de distinguer cliniquement et parfois même anatomiquement l'hématome enkysté du pseudo-kyste pancréatique traumatique. »

« Ces deux lésions ne sont peut-être que deux phases de l'évolution, de l'enkystement et de la résorption plus ou moins partielle, de la modification chimique d'un épanchement de sang. »

Mais quand le liquide n'a aucun caractère particulier, on peut se demander avec **Auvray**, si l'on n'est pas en présence d'un foyer de péritonite enkystée au contact d'un organe irrité par le traumatisme : ce serait comme ces kystes séreux développés au contact des trompes malades.

C'est pour cette raison — absence de lésions du pancréas ou d'un organe voisin, liquide sans caractères spéciaux — que **Blanc** et **Porte** intitulent leur observation « péritonite enkystée de l'arrière-cavité des épiploons. »

En résumé, le traumatisme produit une lésion plus ou moins apparente des organes entourant l'arrière-cavité des épiploons, une solution de continuité des vaisseaux, des canaux excréteurs ou des acinoglandulaires : le liquide ainsi déversé se collecte dans l'arrière-cavité où un processus de péritonite enkyste l'épanchement : la tumeur est alors constituée.

La *date d'apparition* de celle-ci est essentiellement variable et **Villar** avait pu dire qu'on n'avait jamais reconnu un pseudo-kyste immédiatement ou très peu de temps après le traumatisme, abstraction faite pour les hématomes dont le développement est très rapide ; Honigmann a noté que dans 50 % des cas, la tumeur apparaît six semaines après le traumatisme.

Dans l'immense majorité des cas en effet, il y a entre le traumatisme et la date d'apparition de la tumeur un intervalle libre variable de quelques jours à quelques semaines ou même quelques mois.

Par exemple : **Hue**, **Morestin** 30 jours. **Walther** 40 jours. **Bérard**, **Kulemkampf** 60 jours. **Savariaud**, **Nœver** 4 mois.

Dans une autre série de cas, l'évolution a été particulièrement rapide :

**Bérard** (obs. II) 24 heures. **Picqué** 6 jours. **Jeannel**, **Auvray** 10 jours. **Lutlevood** 13 jours. **Mériel** 8 jours. **Grass-Schwartz** 15 jours.

On peut présumer que cet écart considérable entre la période latente de durée minima et la période maxima reconnaît peut-être une différence dans le mécanisme et la cause de l'hémorragie (**Villar**).

a) *Hémorragie traumatique* ou post traumatique qui

s'enferme et se coagule dans l'arrière-cavité : hématomes se révélant précocement par une tumeur, ce qui est fréquent.

b) *Hémorragies tardives* aux dépens de capillaires néoformés et de vaisseaux embryonnaires dans les cas se révélant tardivement par une tumeur. La *pachy-péritonite* serait ici le fait initial, l'hémorragie en serait une complication secondaire. Ce processus est d'ailleurs rare et il est impossible de l'affirmer et de le vérifier cliniquement.

## Anatomie pathologique

Les collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons partagent naturellement les limites de celle-ci : elles sont situées dans l'espace limité en avant par la face postérieure de l'estomac et le petit épiploon, en haut par le lobe gauche du foie, en arrière par les organes pariétaux et en particulier le pancréas ; en bas se trouve le colon transverse et l'espace virtuel compris entre les deux feuillets du grand épiploon ; à gauche, l'arrière-cavité se prolonge vers la rate ; à droite, l'hiatus de Winslow la fait communiquer avec la grande cavité péritonéale.

Les collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons, que la majorité des auteurs appellent des pseudo-kystes traumatiques du pancréas, ne possèdent pas de paroi propre : il ne saurait en être autrement étant donné leur pathogénie ; ce sont les organes limites qui constituent les parois de la poche et c'est ce qui les différencie précisément des kystes vrais du pancréas à paroi glandulaire.

Ce détail a son importance, car on ne comprend pas comment certains auteurs ont pu parler d'extirpation totale

du kyste, de la dissection d'une paroi. On peut se demander s'il n'y a pas eu confusion dans ces cas là avec les kystes vrais du pancréas évoluant dans l'arrière-cavité.

La paroi du kyste est généralement lisse, adhérent plus ou moins aux organes environnants : l'examen histologique montre qu'elle est uniquement constituée par du tissu fibreux, parfois disposé en couches lamelleuses.

Les pseudo-kystes pancréatiques sont, en général, volumineux et ont un développement progressif, leurs *dimensions* varient du volume d'une tête de fœtus à celui d'une tête d'adulte : ils peuvent n'être que de deux poings, **Jeannel**, ou, au contraire, atteindre des proportions énormes comme dans l'observation d'**Hardouin**, où la tumeur occupait l'épigastre, l'hypochondre et le flanc gauches, refoulant les cinq dernières côtes en produisant une déformation de la cage thoracique et se perdant, en arrière, dans la région lombaire.

La *quantité de liquide* varie de quelques centaines de grammes (**Jeannel**), à plusieurs litres : **P. Hue**, 2 litres ; **Bérard, Auvray**, 3 litres ; **Blanc et Porte**, 5 litres, etc...

Si le liquide acquiert une certaine abondance, il va avoir tendance à franchir les limites qui lui sont assignées ; il passe rarement dans la grande cavité par l'hiatus de Winslow ; **Villar**, d'ailleurs, a fait remarquer que la disposition de l'hiatus ne favorise pas cette migration ; dans un cas récent, **Auvray** a cherché à forcer cet orifice soit de dehors en dedans, soit en sens contraire, sans y parvenir ; s'agissait-il d'une absence congénitale, ou l'orifice était-il oblitéré par des adhérences de nouvelle formation ?

Quoi qu'il en soit, c'est plutôt en avant que le kyste se développe, et il arrive au contact de la paroi abdominale suivant deux types décrits par **Körte** :

1<sup>o</sup> Type *intergastro colique*. Dans ce type, le plus fréquent, le kyste s'insinue entre la grande courbure de l'estomac qu'il refoule en haut, et le colon transverse qu'il abaisse : sa paroi antérieure est alors bridée par le grand épiploon gastro colique. Ce type est encore appelé sous-hépatocolique.

2<sup>o</sup> Type *interhépatogastrique*, beaucoup moins fréquent, la tumeur vient saillir entre la petite courbure et le foie, refoulant en avant le petit épiploon gastro hépatique.

C'est le type que **Savariaud** a observé pour un pseudo-kyste, et M. le professeur **Bérard** pour un kyste uniloculaire du pancréas (Presse médicale, juillet 1900), ainsi que chez le malade de l'ob. II.

*Contenu.* Dans les hématomes enkystés, le contenu de la poche est du sang, en général coagulé sous forme de caillots goudronnés, noirs, consistants ; parfois, dans le centre de la poche, une certaine quantité de sang reste liquide, rouge, noir ou jaunâtre.

Dans les vieilles collections, il se produit une désagrégation du sang qui donne les couleurs brun, jaune, chocolat, café. Parfois le liquide est du sérum à peine teinté et clair où seul l'examen histologique révèle la présence de globules ; d'autres fois, le liquide est rosé, citrin teinté en jaune, opalescent et même plus ou moins trouble.

Voici les différents *aspects de liquide* que nous avons notés dans quelques observations :

Sang noir, sépia, Miginiac.

Liquide hématique, Morestin, Walther.

Clair, Kulemkampf, Hue, Auvray, Schwartz.

Citrin, Tillaux, Blanc et Porte, Bérard  
(obs. I).

Trouble, grisâtre, Kraske, Cumston, Bérard (obs. II).

Chocolat, Nœver.

Opalescent, Senn.

*L'analyse chimique* de ce liquide donne des renseignements variables : liquide alcalin contenant du chlorure de sodium, de l'albumine, de la cholestérine, des globules gras plus ou moins abondants, des lymphocytes, des hématies.

Quant aux *éléments du suc pancréatique*, leur présence est des plus variables : **Schwartz** note du suc pancréatique dans ses deux observations, ainsi que Jeannel, etc... Dans l'observation d'**Auvray** l'analyse était complètement négative, de même dans le cas cité par **Tillaux**.

Beaucoup plus rare est la présence de *pigments biliaires* et d'urée pouvant faire penser à une lésion primitive du foie : sous ce rapport le cas de **Savariaud** est typique, puisque le liquide renfermait des traces de pigments biliaires et 1 gr. 833 d'urée par litre.

## Symptômes

L'étude clinique des collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons, pseudo-kystes traumatiques du pancréas, est ordinairement divisée en symptômes dus au trouble fonctionnel de la glande et en symptômes physiques dus au développement de la tumeur.

Il nous paraît plus rationnel, étant donné la relation de cause à effet qui unit le traumatisme au développement de la poche pseudo-kystique, d'étudier tout d'abord les phénomènes initiaux qui accompagnent et suivent le traumatisme.

**Symptômes initiaux. L'accident.** — L'histoire du traumatisme, point de départ de l'affection, est presque toujours la même.

Un individu reçoit un coup violent dans la partie supé-

rière de l'abdomen, sur la ligne médiane ou latéralement, ou se trouve comprimé entre deux forces adverses. La *douleur* immédiate est très vive, s'accompagnant ordinairement d'une syncope plus ou moins prolongée, due soit à l'intensité de la douleur, soit au phénomène réflexe qui accompagne généralement les chocs au niveau de l'épigastre.

Mais ces phénomènes aigus ne durent pas et le blessé, après quelques instants, peut se relever et marcher : le malade cité par **Hue** peut gagner seul son domicile ; le jeune homme cité par **Tillaux** se relève et accomplit, courbé en deux, un trajet de 200 mètres. Le malade d'**Hardouin** perd connaissance pendant une demi-heure ; revenu à lui, il regagne, à pied et sans aide, son domicile distant de un kilomètre.

La *douleur* persiste cependant, tantôt sourde, tantôt lancinante, continue ou intermittente ; elle siège le plus souvent au point contus, au creux épigastrique, s'irradiant parfois autour de l'ombilic, dans le flanc droit et même en arrière au niveau de la colonne vertébrale (**Auvray**). Très souvent la douleur fait presque défaut, témoin le laboureur cité par **Senn** (*American Journal of Médecine*, juillet 1885), qui continue son métier, tant la douleur était supportable.

Elle s'accompagne ordinairement de *vomissements* alimentaires ou bilieux se produisant à un intervalle plus ou moins éloigné du traumatisme. Quand ils sont immédiats, ils peuvent être le signe d'une contusion de l'estomac, à moins que l'accident ne se soit produit très peu de temps après le repas, comme dans l'observation de Tillaux. Le plus souvent, ils sont tardifs, se montrant une heure, **Hue** ; 4 heures, **Hardouin**, après le traumatisme ou même plus tard : ils paraissent être alors le signe d'une réaction péritonéale,

surtout quand ils s'accompagnent de météorisme abdominal ; mais il s'agit le plus souvent de péritonisme, car la température reste normale ou s'élève légèrement, et le pouls bien qu'accélééré, ne revêt pas les caractères du pouls péritonéal.

Les vomissements constituent d'ailleurs un symptôme inconstant, de même que la *diarrhée* qui a été signalée dans quelques observations, **Senn**.

La *sialorrhée* abondante et continue est un symptôme rare, mais que nous voyons très bien décrit dans l'observation de **F. Hue** qui, à ce point de vue, est caractéristique : salivation abondante, ayant commencé une heure environ après l'accident et persistant encore plus d'un mois après.

Cette sialorrhée avait été notée d'ailleurs par **Walther** dans un cas d'écrasement de la tête du pancréas (Soc. de chir., juin 1908) et on la trouve plusieurs fois mentionnée dans des cas de kystes pancréatiques non traumatiques ; elle paraît traduire un acte réflexe à point de départ pancréatique, dû à une lésion de cet organe.

Les *signes physiques* que l'on peut trouver à cette période initiale n'ont rien de caractéristique : la palpation du ventre est d'ailleurs gênée par la contracture de la paroi et la percussion donne une sonorité tympanique en raison du ballonnement du ventre.

Tels sont les symptômes caractéristiques de cette période de début : ils sont en somme ceux d'une contusion abdominale légère ou de moyenne intensité : ils peuvent varier à l'infini dans leurs degrés et même faire complètement défaut ; l'observation de Walther à ce point de vue est fort probante. L'individu est renversé par une voiture le 11 avril 1909 ; en dehors d'un épanchement pleural en rapport avec une fracture de côtes, l'histoire clinique ne révèle ni vomissements,

ni contracture; ce n'est que le 23 mai, plus d'un mois après l'accident « que l'on s'aperçoit de l'existence d'une saillie anormale dans la partie gauche de l'abdomen. Cette tuméfaction était apparue sans aucune douleur, sans même aucune sensation de gêne ou de pesanteur du côté de l'abdomen. »

**La fausse guérison. L'intervalle libre.** Peu à peu, spontanément ou sous l'influence d'un traitement d'attente, (repos au lit, application de glace sur le ventre-diète) les symptômes douloureux s'atténuent, les vomissements cessent, l'appétit revient peu à peu, les *malades se croient guéris*. Cette période d'amélioration est caractéristique, il y a toujours après le traumatisme et les symptômes initiaux un intervalle plus ou moins long d'accalmie, de latence, cet *intervalle libre* a été noté dans la plupart des observations. Son importance est capitale, nous le verrons, pour le diagnostic d'une contusion de l'abdomen intéressant le pancréas : la notion de cette latence aidera singulièrement à rattacher au traumatisme initial l'apparition plus ou moins tardive d'une tumeur kystique de la région pancréatique.

Sa durée est essentiellement variable, allant de quelques heures à plusieurs jours :

**Hue** note : « quelques jours d'accalmie pendant lesquels le malade avait pu se lever, sortir même pour aller consulter son médecin. »

**Kulemkampf**, « dans l'espace de quelques jours les signes fébriles et la douleur diminuèrent ; au bout de trois semaines, le malade semblait convalescent. »

**Cumston**, « à peu près une semaine après l'accident, la malade fut assez bien pour se déplacer et voyager pendant trois mois, pendant lesquels elle se plaignit de temps en

temps de douleurs, de coliques, autrement elle *paraissait en parfaite santé.* »

**Hardouin** fait remarquer que « les symptômes allèrent en s'amendant, mais jamais le malade ne recouvra la santé dont il jouissait auparavant. »

Cette période d'amélioration est donc fort nette ; elle est parfois marquée par la prédominance d'un symptôme comme les *crises douloureuses* provoquées par l'alimentation (**Tillaux**) ou survenant sans cause appréciable (**Cumston**).

Ces crises douloureuses sont excessivement pénibles, arrachant des cris au malade et l'obligeant parfois à prendre des positions bizarres, telle la malade d'**Auvray** qui, ne pouvant rester au lit, était obligée de s'accroupir sur le plancher de la chambre.

Dans l'observation de **Cumston**, les crises douloureuses survenaient surtout la nuit laissant la malade dans un état de courbature et d'affaiblissement marqués.

**Période de tumeur.** — Après cette période d'accalmie, les symptômes fonctionnels réapparaissent, dus au développement progressif de la tumeur. Douleurs spontanées ou exagérées par la pression siégeant au niveau de la région péri-ombilicale, avec des irradiations dans les hypochondres ou les flancs ; elles revêtent parfois le caractère de névralgies cardiaques : elles sont alors très vives, angoissantes, s'irradient dans le bras gauche.

Mais ce sont surtout les *troubles digestifs* qui sont caractéristiques.

Le malade est ordinairement en proie à des vomissements alimentaires ou bilieux survenant souvent par crise ; en même temps une sensation de plénitude stomacale jointe au ballonnement du ventre rend l'alimentation difficile, jusqu'à

ce qu'une nouvelle crise de vomissements vienne apporter un soulagement temporaire.

Ces vomissements qui sont parfois d'ordre réflexe peuvent s'expliquer aussi par la compression exercée par la tumeur sur l'estomac, surtout lorsque le kyste appartient à la variété inter-hépto gastrique.

Lorsque la tumeur siège au niveau de la tête du pancréas, elle peut comprimer les voies biliaires et donner lieu à des phénomènes de rétention se traduisant par l'*ictère* et la *décoloration des matières* fécales. Tel était le cas de la malade de Cumston que l'on crut tout d'abord atteinte de lithiase biliaire.

Ces symptômes biliaires devront éveiller l'idée d'une collection enkystée d'origine hépatique.

En même temps une *constipation* opiniâtre s'installe, revêtant parfois l'allure d'une occlusion intestinale plus ou moins aigue — **Auvray** — **Guinard** à propos de l'observation de **Blanc** et **Porte** ont signalé cette complication.

Lorsqu'elle survient pendant l'évolution du kyste, l'*occlusion intestinale* peut être expliquée par la compression de l'intestin, mais l'on sait combien les lésions de péritonite sont fréquentes dans ces cas et ce sont elles qui, le plus souvent, occasionnent l'arrêt des matières en paralysant la tunique musculaire de l'intestin. C'est la seule pathogénie que l'on admettra d'ailleurs lorsque l'occlusion s'installe alors que la tumeur est à peine développée.

La compression du pylore peut entraîner des symptômes gastriques sérieux : il se produit alors des vomissements incoercibles, une stase gastrique avec fermentations, une dénutrition rapide qui vient s'ajouter aux symptômes d'amaigrissement habituel.

L'*amaigrissement rapide* et progressif, la diminution des forces ne font jamais défaut ; on en trouve la mention dans la plupart des observations ; on peut dire que c'est là le signe le plus caractéristique des affections du pancréas en général. On peut l'expliquer par les troubles de la sécrétion interne du pancréas ou par les lésions du riche plexus nerveux de la région cœliaque, lésions produites soit directement par le traumatisme, soit indirectement par compression de la part de la tumeur.

Les modifications du *pouls* et de la *température* ne présentent rien de bien particulier — la température est ordinairement normale ou peu élevée (Hue : 36°8 — Picqué 38°) le pouls peu rapide 80-90 à moins que son accélération soit sous la dépendance de phénomènes d'occlusion intestinale (Auvray : 144).

La *tumeur* s'est développée plus ou moins rapidement au milieu des divers symptômes que nous venons d'énumérer et il arrive un moment où elle est suffisamment volumineuse pour être décelée par l'examen clinique.

L'*insprction* montre une augmentation plus ou moins marquée du volume de l'abdomen, en rapport avec le volume de la collection enkystée.

Les tumeurs peu volumineuses occupent la région sus ombilicale (pancréas) latérale gauche au niveau de l'hypochondre (rate), mais on en voit d'autres qui peuvent envahir les flancs (**Hardouin**) et dépasser plus ou moins l'ombilic par en-bas.

La tumeur signalée par **Walther** se perdait sous le thorax, son pôle inférieur bombait sous l'arcade crurale ; elle occupait à la fois l'hypochondre gauche, la partie infé-

rière gauche de la région ombilicale et la moitié supérieure de l'hypogastre.

Parfois la tumeur se développant surtout vers la cage thoracique évase le thorax et peut refouler en haut le cœur : dans l'observation de **Senn**, le choc de la pointe était perçu dans le quatrième espace intercostal gauche.

La *situation initiale* de la collection enkystée est importante car elle pourrait permettre de préciser l'organe qui a pu être le point de départ du pseudo-kyste. Ainsi le malade cité par Morestin vit un mois après la contusion de l'hypochondre gauche, une tumeur se développer sous le rebord costal gauche et ce n'est qu'un an après que la collection enkystée atteignait le bord externe du grand droit du côté droit. Cette localisation initiale permit d'ailleurs de porter le diagnostic de kyste de la rate.

Mais les malades arrivent rarement à l'hôpital au début et ils ne se décident que lorsque la collection enkystée atteint des dimensions telles que tout diagnostic précis est sinon impossible, du moins très délicat.

La *palpation* permet d'apprécier la forme, le volume et la consistance de cette tumeur.

Le plus souvent arrondie, lisse et bien limitée, elle donne la sensation de rénitence et de fluctuation ; elle est légèrement mobile dans le sens latéral, sans d'ailleurs que cette mobilité soit comparable à celle des kystes du mésentère que l'on peut déplacer facilement, surtout dans le sens vertical.

Rarement la palpation permet d'apprécier un œdème de la paroi abdominale : c'est un symptôme exceptionnel.

Parfois, lorsque la masse pseudo-kystique occupe la région lombaire, elle peut donner naissance à du *ballotte-*



MALADE DE L'OBSERVATION II

COLLECTION ENKYSTÉE DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ

AVANT L'INTERVENTION



ment analogue à celui que l'on observe dans les tumeurs rénales (**Auvray**). C'est un symptôme rarement observé, mais très important car il a été la cause d'erreurs de diagnostic.

La *percussion* donne des renseignements beaucoup plus précis. Tant que le kyste petit, caché par l'estomac, n'est pas venu au contact de la paroi abdominale, on aura uniquement de la sonorité; plus tard, on perçoit habituellement des zones sonores et des zones mates, suivant la situation des organes creux par rapport au kyste.

Lorsque la tumeur s'est insinuée entre l'estomac et le colon transverse (*variété intergastro-colique*) on aura une matité centrale entourée en haut et en bas par les sonorités gastrique et colique; la matité hépatique sera séparée de la tumeur par une bande sonore. Dans la *variété inter hépato gastrique* où la tumeur fait saillie entre le foie et l'estomac, la matité hépatique se continue sans ligne de démarcation avec celle du kyste, comme dans le cas de **Savariaud** : on conçoit dans ce cas que le diagnostic soit particulièrement délicat.

La *position de l'estomac* est surtout importante à repérer car cet organe peut occuper par rapport au kyste des positions variées et il est très important de pouvoir affirmer que la collection enkystée est en arrière de l'estomac, dans l'arrière cavité des épiploons par conséquent. Dans certains cas, cela est facile comme dans le cas de **Hue** : l'organe dilaté, rempli de liquide et de gaz « donnait à la succussion un clapotement, un bruit hydro aérique, comme si l'estomac était repoussé en avant »; mais souvent l'estomac est vide, ne contient pas de gaz et est aplati par la tumeur : il est mat et sa matité se confond avec celle du pseudo-kyste; c'est

pour ces cas embarrassants que le moyen préconisé par **Guinard** rend des services : il consiste dans l'*insufflation de l'estomac*. Grâce à ce procédé la sonorité gastrique reparait au-devant de la matité kystique.

D'une façon analogue, les Allemands ont préconisé l'insufflation par le rectum pour réperer le colon, mais ce procédé pénible pour le malade peut être abandonné, il nous semble, sans inconvénient.

Enfin on a noté quelques symptômes exceptionnels : c'est ainsi que **Mauclaire** a trouvé de la *crépitation sanguine* à la palpation ; chez la malade de **Savariaud**, la tumeur paraissait animée de *mouvements péristaltiques* dus à la présence de l'estomac vide au-devant de la tumeur. Cushing a observé une tumeur pulsatile.

En résumé, l'histoire clinique d'une collection enkystée de l'arrière-cavité des épiploons d'origine traumatique peut se ramener à trois périodes :

1° Traumatisme dans la partie supérieure de l'abdomen ; symptômes de contusion abdominale et de réaction abdominale plus ou moins marqués.

2° A cette période de début succède une phase d'amélioration, sans que jamais cependant le malade recouvre un état de santé comparable à celui qu'il avait avant l'accident.

3° Puis dans une troisième période, des symptômes variés traduisent la compression des organes voisins due à l'apparition d'une tumeur bientôt évidente.

## Pronostic

Il est facile de déduire du tableau clinique que nous avons tracé, la gravité des collections enkystées de l'arrière cavité des épiploons. L'évolution est fatalement progressive et le

malade finira par succomber par cachexie, l'amaigrissement faisant, nous l'avons vu, des progrès rapides ; d'autre part, la possibilité de complications telles que l'occlusion intestinale vient assombrir le pronostic. L'intervention chirurgicale, seul traitement de cette affection, devra donc être pratiquée le plus tôt possible, même en l'absence de diagnostic fermement établi.

## Diagnostic

Le diagnostic des collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons d'origine traumatique est très difficile et rarement on l'a fait avant l'intervention ; c'est ainsi qu'on a pu confondre cette affection avec une vésicule biliaire distendue (**Cumston**), un kyste du rein (**Schwartz**), une tumeur péri-rénale (**Auvray**), un kyste du mésocolon (**Le Dentu**).

Le *diagnostic positif* se fera d'après un ensemble de faits portant principalement sur la constatation d'une tumeur épigastrique ou para-ombilicale survenue après une période latente plus ou moins longue succédant elle-même à un traumatisme initial.

Mais souvent on ne songe guère à établir un tel diagnostic, les difficultés sont d'ailleurs inégales suivant les cas et suivant le développement de la tumeur.

A la *première période*, on se trouve surtout en face de phénomènes péritonéaux ou de contusion abdominale ; les symptômes observés (vomissements, météorisme abdominal), contracture de la paroi, rapidité du pouls) se retrouvent d'ailleurs dans tous les traumatismes abdominaux, et le diagnostic est impossible à cette période.

Lorsqu'il existe seulement des troubles digestifs plus ou

moins vagues, la *notion du traumatisme* peut seule faire soupçonner l'évolution possible d'une tumeur pseudo-kystique. Les troubles digestifs de l'appendicite chronique seront écartés par l'absence de douleur au point de Mac Burney ; mais on pourra croire à une gastrite, à des troubles gastriques d'origine nerveuse, ou, si les douleurs sont vives, à un ulcère de l'estomac, en raison de l'irradiation fréquente de la douleur au niveau de la colonne vertébrale : dans ce cas, l'absence d'hématémèse, de melæna jointe à l'amaigrissement très rapide du sujet pourra utilement éclairer le diagnostic.

L'*apparition de la tumeur* ne lève pas tous les doutes, car il faut songer à toutes les tumeurs de voisinage.

Un examen rapide montrera que le pseudo-kyste est indépendant de la paroi, que sa mobilité n'est pas influencée par la contraction de celle-ci ; le sens du développement de la tumeur et le toucher vaginal pour les cas de kystes volumineux convaincront le médecin qu'il ne s'agit pas d'une affection du petit bassin, kyste de l'ovaire, par exemple.

Une tumeur épigastrique fera naturellement penser à un *cancer de l'estomac* : l'absence de cachexie cancéreuse, les commémoratifs et l'évolution plus rapide du pseudo-kyste feront rejeter cette hypothèse : d'ailleurs, la tumeur néoplasique présente des caractères de dureté, d'inégalité qui ne sont pas ceux du pseudo-kyste. On pourra songer à un anévrysme de l'aorte, en raison de la transmission possible des pulsations à la paroi par la tumeur (Cushing) ; mais, si l'on perçoit des pulsations on n'aura pas l'expansion en masse caractéristique des anévrysmes, les signes stéthoscopiques feront défaut.

Un *néoplasme du colon transverse* donnera également

une tumeur plus ou moins volumineuse, mais en dehors des signes de stagnation des matières, la tumeur sera dure, non rénitente, très mobile autour du méso comme charnière ; de plus, la réplétion du gros intestin, au moyen de 2 ou 3 litres d'eau, déplacera la masse néoplasique.

Lorsque la tumeur a acquis un grand développement et qu'elle s'insinue entre le foie et l'estomac, on a pu la confondre avec les diverses *affections hépatiques*, car, dans ce cas, aucune bande sonore n'est interposée entre la matité hépatique et celle du pseudo-kyste.

On pourra croire à un *kyste hydatique* : on recherchera dans ce cas les petits signes du début : urticaire, douleur de l'épaule droite, épanchement pleural droit, dégoût des graisses : la notion de traumatisme antérieur sera d'un secours précieux.

On a pu croire aussi à une *vésicule distendue* : on recherchera chez le malade l'existence d'accidents lithiasiques antérieurs ; s'il s'agit de cholécystite, on sera éclairé par l'existence de phénomènes généraux et en particulier de la fièvre bilio septique, dont le type est spécial ; de plus, la tumeur formée par la vésicule aura son centre au niveau de l'intersection du rebord costal et du bord externe du droit.

Lorsque la tumeur se développe au-dessous de l'estomac on aura à faire le diagnostic avec les kystes du mésentère et les tumeurs rénales.

Les *kystes du mésentère* sont, en général, plus développés à droite, leur mobilité est plus grande dans tous les sens.

Les *tumeurs rénales* sont plus latérales, leur siège étant d'abord dans la région postéro latérale de l'abdomen. L'existence des points douloureux spéciaux, les modifications des

urines, etc..., trancheront le diagnostic. Souvent, cependant, le pseudo-kyste très volumineux sera perceptible par la région lombaire et donnera ainsi une fausse sensation de ballottement.

D'une façon générale, pour toutes les affections que nous venons d'étudier, il faut avoir recours au procédé de **Guinard**, l'insufflation de l'estomac : grâce à elle, on peut de suite éliminer un grand nombre d'affections : la tumeur disparaît, en effet, sous l'estomac artificiellement dilaté et le diagnostic se trouve ainsi limité aux affections des organes de l'arrière-cavité des épiploons. On peut arriver au même résultat par le procédé de Minkovski : ingestion d'un mélange d'acide tartrique et de bicarbonate de soude.

Une *tumeur de la rate* — surtout un kyste hydatique — sera reconnue à son siège : la tumeur est d'abord latérale gauche, c'est de ce côté qu'elle s'est développée au début et ce n'est que secondairement qu'elle a pu envahir l'abdomen. On pourra rechercher aussi à la palpation le bord antérieur de l'organe tranchant et coupé d'incisures. Dans tous les cas, avoir toujours présente à l'esprit la notion du traumatisme.

On pourra, par conséquent, préciser le siège de la tumeur dans l'arrière cavité, mais il sera beaucoup plus difficile de distinguer la collection enkystée d'origine traumatique des affections du pancréas, des tumeurs de la rate, kystiques ou autres, qui peuvent également se développer dans l'arrière-cavité.

Le *cancer du pancréas* s'affirmera par l'évolution de la tumeur, la cachexie, la compression des voies biliaires.

La *pancréatite hémorragique aigüe* a quelques points communs avec les collections enkystées : phénomènes ini-

tiaux brusques, suivis d'une période d'amélioration. Mais, ici, la notion de traumatisme fait défaut et le début est beaucoup plus solennel : c'est le *drame pancréatique* de Dieulafoy.

Les kystes pancréatiques, les kystes vrais glandulaires sont des tumeurs mieux limitées, à contours plus précis ; le kyste est plus mobile avec les mouvements respiratoires. Enfin la collection enkystée, d'origine traumatique, a pour elle la notion de traumatisme, la période de latence de fausse guérison et son évolution : un kyste glandulaire vrai se développe, en général, beaucoup moins rapidement, ainsi que l'a montré Villar : une tumeur apparue en dix, vingt, trente jours est une collection enkystée d'origine traumatique et non un kyste vrai : c'est là, à notre avis, un caractère très important.

Parmi les affections que l'on confond avec les collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons d'origine traumatique, il faut signaler une tumeur rare, mais fort curieuse : les *grands kystes des capsules surrénales*, **Terrier** et **Lecène**. Revue de chirurgie, 1906. Lorsqu'ils occupent la capsule surrénale gauche et qu'ils sont hémorragiques, ils en imposent pour des collections enkystées de l'arrière-cavité et il est à peu près impossible de les distinguer : témoin l'observation de **Routier**, où tous les symptômes faisaient porter le diagnostic de collection de l'arrière-cavité et où il a fallu l'examen histologique pour affirmer le diagnostic de kyste de la surrénale gauche. Si l'on ajoute que, dans les antécédents, il y a souvent un traumatisme, et que la triade douleurs, vomissements, amaigrissement est au complet, on voit à quelles difficultés on se heurte.

Enfin, au point de vue opératoire, la ressemblance est si

complète, que **Terrier** et **Lecène** crurent avoir opéré un kyste pancréatique, alors qu'il s'agissait d'un kyste sur-rénal. Dans les neuf observations publiées, le diagnostic n'a d'ailleurs été fait que microscopiquement.

Pratiquement, dans beaucoup de cas, le diagnostic n'a pas été établi ; et plusieurs fois, les chirurgiens ont fait la laparotomie sans avoir pu préciser la nature — et même le siège — de la tumeur. Même au cours de l'intervention, il n'a pas toujours été possible de dire, si la collection est développée aux dépens de la *rate*, du pancréas et du foie. Le seul diagnostic possible dans beaucoup de cas, est celui de collection enkystée derrière l'estomac, d'origine traumatique.

## Traitement

Quelle sera l'intervention chirurgicale ?

Depuis une vingtaine d'années, elle a passé par les diverses phases qu'ont parcourues les affections chirurgicales de l'abdomen, grâce aux progrès constants de l'asepsie et de la technique opératoire.

Il n'y a qu'un traitement rationnel : la laparotomie qui sera faite dès le diagnostic établi.

La *ponction*, la première en date est à rejeter complètement.

Sans insister sur ses dangers : blessure de vaisseaux, infection possible du péritoine, qui tiennent à ce que c'est une intervention aveugle, nous savons que c'est une méthode inefficace ; le liquide se reproduit souvent, que l'on ait recours à la ponction seule ou suivie d'injection de teinture d'iode.

Elle n'a d'ailleurs été pratiquée que deux fois : dans un



MALADE DE L'OBSERVATION II

MÊME MALADE APRÈS LA 1<sup>re</sup> INTERVENTION

FISTULE POST OPÉRATOIRE



cas, celui de **Duplay**, le résultat est inconnu, le malade ayant quitté l'hôpital incomplètement guéri, avec un empâtement épigastrique ; dans le cas de **Sutherland**, le malade succomba à une maladie intercurrente.

2<sup>o</sup>) Dans deux cas seulement, on aurait pratiqué l'*extirpation*.

On ne comprend pas bien l'application de cette méthode à un pseudo-kyste dépourvu de paroi propre.

Peut-être, est-ce l'extirpation des fausses membranes qui a été réalisée dans les deux cas, mais c'est là une méthode dangereuse qui expose aux hémorragies.

A part ces quelques cas, on a toujours pratiqué l'ouverture en un ou deux temps, suivie ou non de marsupialisation.

3<sup>o</sup>) L'*ouverture en deux temps*, que l'on trouve surtout dans les premières observations ; **Kulemkampf**, 1881, **Fenger**, 1888, semble devoir être abandonnée aujourd'hui ; la sécurité que nous assure une asepsie plus parfaite, peut dispenser le malade d'une double anesthésie.

4<sup>o</sup>) Le procédé de choix aujourd'hui, est l'*ouverture en un temps*, suivie ou non de marsupialisation.

La technique est simple : incision, le plus souvent xypho-ombilicale, quelquefois au point le plus saillant de la tumeur.

Après ouverture de la paroi abdominale, on sera conduit le plus souvent, sur l'épiploon gastro-colique, entre la grande courbure et le colon transverse, plus rarement sur l'épiploon gastro-hépatique, entre le hile du foie et la petite courbure.

On évacue, au préalable, le contenu du pseudo-kyste au moyen d'un trocart, puis, après ouverture de l'un ou l'autre de ces feuilletts péritonéaux, que l'on trouve ordinairement

rétractés et épaissis, on tombera dans l'arrière-cavité dont on devra évacuer le contenu.

S'il s'agit de pseudo-kyste hématique, avec de nombreux caillots, on opérera avec douceur pour ne pas amener de nouvelles hémorragies, aux dépens des néo-membranes qui tapissent la cavité.

On devra ensuite s'efforcer de *marsupialiser* la poche, c'est-à-dire, de fixer les lèvres de la brèche épiploïque à celles de l'incision cutanée, pour faciliter le drainage et éviter la pénétration de suc pancréatique dans la cavité abdominale.

Si la marsupialisation est impossible, on se contentera d'installer un *drainage* dans la cavité.

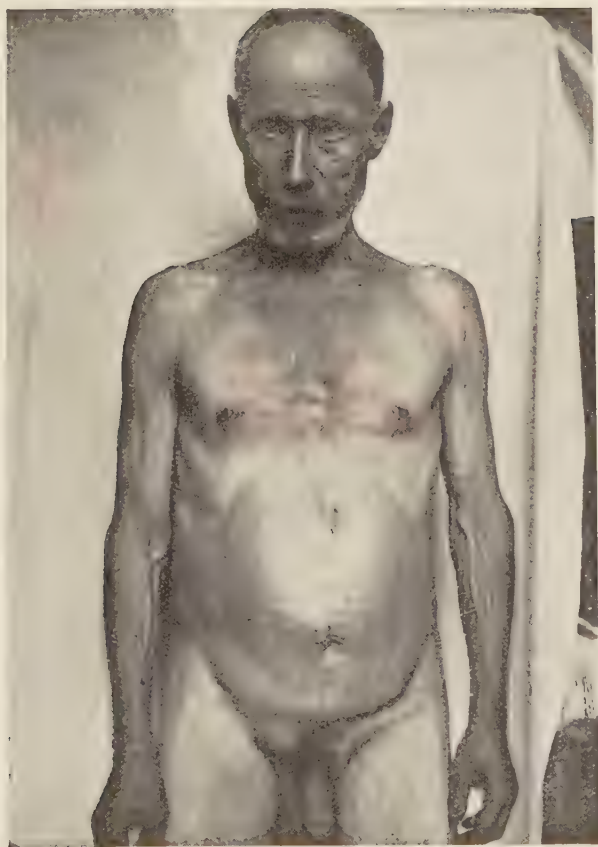
Dans certains cas de kystes très volumineux, on peut recourir, en outre, au drainage par une contre-ouverture lombaire. (**Hardouin**).

Les *résultats* de cette opération sont bons ; dans la liste des cas publiés par **Villar**, on ne trouve que 3 morts ; chez le malade de **Lloyd**, il y avait eu faute opératoire ; celui de **Soublovitch**, mourut d'infection péritonéale et celui de **Schwartz**, dans des accès de subdelirium.

Dans les cas publiés depuis 1905, on ne trouve que des guérisons.

Les suites opératoires sont le plus souvent normales, en dehors d'une complication dont nous parlerons dans un instant. On a noté cependant, un abcès sous phrénique (Cushing), une hémorragie secondaire abondante (Cumston), l'apparition du diabète (Pishler).

Une *complication* relativement fréquente de l'intervention consiste dans l'apparition d'une *fistule* qui laisse écouler en abondance, un liquide clair, légèrement visqueux, irritant les bords de la plaie. Cette fistule persiste un temps variable :



MALADE DE L'OBSERVATION II

CURE RADICALE DE LA FISTULE  
PAR EXCISION DU TRAJET FISTULEUX



**Kulemkampf**, 6 semaines ; **Lutlewood**, 2 mois ; **Senn**, 3 mois ; **Cumston**, 5 mois ; **Hue**, 15 jours ; dans le cas de **Tillaux**, la fistule persistait encore 14 mois après l'intervention.

Leur débit est variable : dans l'observation de **F. Hue**, on pouvait recueillir jusqu'à 420 cent. cubes de suc pancréatique dans les vingt-quatre heures.

Souvent, ces fistules se tarissent d'elles-mêmes, progressivement, mais on hâte singulièrement leur fermeture en soumettant les malades au *régime anti-diabétique* combiné aux alcalins **Heinecke** - **Hoffmeier**, **Wohlgemuth**. Le cas de Reynier et Savariaud est particulièrement instructif : la fistule, qui durait depuis deux mois, se tarit en quinze jours, grâce au *régime anti-diabétique*.

Dans les bulletins de la Société de chirurgie du 5 juillet 1911, **M. Michon** a attiré l'attention sur un nouveau traitement des fistules pancréatiques post-opératoires.

Il s'agit d'une malade, qui, opérée d'un kyste du pancréas, conserva pendant trois ans, une fistule pancréatique. Après bien des essais infructueux de régime anti-diabétique, d'injections dans le trajet fistuleux, **M. Michon** isola le trajet, le disséqua sur une longueur de 7 cm. et aboucha la fistule dans l'estomac ; les suites furent simples et la guérison complète se maintenait 3 mois après. Le même traitement a été préconisé par Doyen (Congrès de chirurgie).

L'*anastomose stomacale* est donc à recommander dans les cas de fistules rebelles, ayant résisté au régime anti-diabétique.

Mais cette intervention expose au reflux possible des aliments dans la collection kystique et consécutivement à l'infection de la cavité, accident évité par l'*excision du*

*trajet fistuleux.* **E. Bérard** (obs. II), a disséqué le trajet fistuleux dans toute son étendue, puis, l'a excisé. Il semble bien que, toutes les fois qu'elle est possible, et dans les cas de fistule rebelle, l'excision du trajet fistuleux est le procédé de choix.



## OBSERVATION I

### Collection développée dans l'arrière-cavité des épiploons et consécutive à une plaie en sétou de l'abdomen

(E. BÉRARD et CH. DUNET. *Société médico-chirurgicale de la XIV<sup>e</sup> Région, 1918*)

S. J. 14<sup>e</sup> régiment d'infanterie, 26 ans.

Blessé près de Château-Thierry, le 18 juillet 1918, par balle de fusil à 9 heures du soir.

Sétou de l'abdomen. Orifice d'entrée dans la région épigastrique, à 2 centimètres à gauche de l'appendice xyphoïde ; orifice de sortie au-dessous de la 12<sup>e</sup> côte à un travers de doigt de la ligne vertébrale médiane.

Le blessé arrive à l'ambulance le lendemain matin à 8 heures ; pendant la nuit précédente, *anurie* — le lendemain, *hématurie* qui persiste pendant 4 jours.

Abstention opératoire ; diète absolue pendant 14 jours.

Le malade est évacué sur l'Intérieur, et arrive à l'Hôtel-Dieu le 14 août : la plaie antérieure est cicatrisée, la plaie postérieure suppure légèrement.

Depuis le jour de sa blessure, le blessé accuse des douleurs abdominales profondes, localisées à l'hypochondre gauche et accentuées après les repas. Anorexie accusée.

Urines normales.

A la fin d'août, à cause des douleurs accentuées après les repas, on songe à la possibilité d'une blessure diaphragmatique, et d'une hernie transdiaphragmatique.

La radioscopie montre un diaphragme gauche très élevé, repoussé par l'estomac, remontant jusqu'au 5<sup>e</sup> espace intercostal, mais jouant normalement.

Le blessé est gardé au repos ; la douleur va en s'accroissant, ainsi que les troubles digestifs jusqu'au 14 septembre, date à laquelle le blessé, une demi-heure après le repas du matin, ressentit de très violentes douleurs abdominales qui durèrent pendant 9 à 10 heures. Pas de vomissements ; la radioscopie pratiquée à nouveau ne donne aucun renseignement.

Dans les jours qui suivirent, apparut dans l'hypochondre gauche une tumeur qui évolua très rapidement. Cette tumeur, au début, dépassait à peine de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; à ce moment, ses caractères étaient les suivants : fixité et matité absolues — rénitence et indolence à la pression — pas de ballottement lombaire.

Au bout du troisième jour, les bords de la tumeur deviennent sonores et, vers le cinquième jour, on ne note plus de zone de matité qu'au centre de la tumeur qui, à ce moment, a la grosseur d'une tête de fœtus.

La ponction, pratiquée avec une aiguille très fine, ramène un liquide sous une telle pression que le piston est chassé violemment du corps de la seringue.

Le liquide est citrin, filant, non hémorragique et n'ayant absolument pas l'odeur d'urine.

*Intervention le 21 septembre 1918.*

Laparatomie latérale sur le bord du grand droit ; on tombe sur une masse rétro-péritonéale située en arrière et au-dessous de l'estomac. On décolle le péritoine, on constate que le rein gauche est un peu abaissé, augmenté de volume, mais distinct de la tumeur.

On se rend compte qu'il doit s'agir d'un kyste traumatique du pancréas, développé dans l'arrière-cavité des épiploons ; pour aborder la paroi du kyste, on est obligé de sectionner, entre deux ligatures, une artère et une veine mésentériques.

La ponction ramène un litre et demi environ d'un liquide séro-hématique : on assèche la cavité avec des compresses qui ramènent des débris hématiques noirâtres.

On fixe par quatre points au catgut les bords du kyste à la paroi — Drainage.

*Suites opératoires.* Pendant vingt jours, l'opéré présente des symptômes de bronchite diffuse grave avec température oscillant autour de 39°.

Localement, la *fistule* qui s'est établie au niveau du drain donne un liquide séro-purulent peu abondant ; la fistule se ferme vers le 45<sup>e</sup> jour.

Actuellement (janvier 1919) le malade est en excellent état, les troubles digestifs ont complètement disparu ; le ventre est souple : La guérison semble complète.

---

## OBSERVATION II

### **Tumeur épigastrique. Pseudo-kyste traumatique du pancréas probable**

E. BÉRARD. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 23 décembre 1919.

D... Romain, 62 ans, voiturier.

A. H. Absolument rien à signaler.

A. P. Idem.

Opéré d'une hernie inguinale gauche il y a une quinzaine d'années, par M. Gangolphe.

Le malade entre le 26 février 1919 pour une volumineuse tumeur épigastrique. La maladie a débuté le 29 avril 1918. Le malade, qui est voiturier, en détachant son cheval, est coincé par cet animal contre la mangeoire; il est violemment contusionné au niveau de la région épigastrique et est transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Luc.

Le lendemain seulement apparaissent de violentes douleurs au point traumatisé, en même temps qu'une tuméfaction de la grosseur d'un poing; en une quinzaine de jours, cette tuméfaction prend le volume d'une tête d'adulte.

L'intervention est décidée, sans que le malade ressente aucun trouble, ni du côté du tube digestif, ni du côté du foie, ni du côté du rein.

8 juin. *Laparatomie exploratrice* : Ouverture d'une collection hématique avec fibrine : examen bactériologique négatif.

A la suite de l'intervention, la plaie suppure pendant un mois environ ; la tuméfaction a diminué un peu de volume,

sans cependant disparaître complètement. Les douleurs qui avaient apparu au début dans la région épigastrique se manifestent de nouveau et interdisent tout travail au blessé qui reste à l'hôpital.

Vers la fin juin 1918, apparaît un volumineux œdème de la région malléolaire gauche, suivi, au bout de trois ou quatre jours, d'un œdème de la verge et des bourses qui disparaît spontanément au bout d'une quinzaine de jours, sans avoir provoqué aucun trouble.

L'œdème des bourses ayant diminué, la tuméfaction épigastrique augmente considérablement de volume ; l'état du malade reste inchangé jusqu'au mois d'octobre où il sort de l'hôpital.

Il se présente à la visite de l'Hôtel-Dieu le 25 février 1919. A l'arrivée, le malade présente un état général satisfaisant : teint légèrement pâle : il dit cependant avoir *maigri considérablement* au moment de l'intervention, mais avoir repris depuis.

L'examen de la région épigastrique montre une volumineuse tumeur en coupole, avec cicatrice au centre, sillonnée d'une circulation complémentaire nettement apparente.

La tumeur n'est pas animée de battements ; elle est divisée en deux portions par un sillon transversal, correspondant au 5<sup>e</sup> cartilage costal. A la percussion, matité absolue, sans zone de sonorité la limitant à droite du côté du foie ; percussion très douloureuse de l'angle xyphoïdien. Sonorité de l'intestin normale.

A la palpation, la tumeur est rénitente, presque dure, repoussant le rebord du cartilage costal et le débordant légèrement à gauche ; à droite, la tumeur s'étend jusqu'à la région vésiculaire. On perçoit dans la région centrale des zones

limitées de fluctuation donnant l'apparence d'un kyste multiloculaire ; en bas, la tumeur descend jusqu'au niveau de l'ombilic ; le rebord inférieur, arrondi, est assez nettement délimitable et se perd dans la profondeur de la région pancréatique. La tumeur est absolument fixe ; la palpation profonde est douloureuse, les muscles abdominaux sont contracturés, rendant l'exploration des organes difficile.

Les reins ne sont pas perçus ; pointe de hernie inguinale à droite, rien aux organes génitaux.

Respiration un peu accélérée et difficile ; à l'auscultation, légères sibilances à la base droite avec exagération de la toux.

Au cœur, bruits très assourdis, pointe rapprochée de la ligne médiane ; pouls à 100.

*Symptômes fonctionnels.* Le malade accuse des douleurs très nettes dans toute la région épigastrique, sensation de constriction violente, irradiées à l'épaule droite et à la face interne du bras. On note une douleur nette aux points de Valleix à droite et à gauche.

Marche difficile, le malade doit se tenir penché en avant, le décubitus dorsal est très pénible et provoque de la suffocation. Le malade se tient en décubitus latéral gauche et en chien de fusil.

Les fonctions digestives sont absolument normales ; toutefois, après les repas, le malade accuse du ballonnement gastrique. Miction et défécation normales ; les selles, de couleur normale, sont accompagnés de quelques glaires.

*Radioscopie.* La coupole diaphragmatique coté gauche est très élevée au-dessus de la volumineuse poche gazeuse de l'estomac ; la région pylorique se confond avec la tumeur,

toutefois, celle-ci paraît située au-dessous de l'estomac. Volumineuse dilatation du colon ascendant.

Examen des urines négatif.

*8 mars 1919. Laparotomie* au niveau de l'ancienne cicatrice.

On incise la paroi en la clivant, de façon à ne pas entrer dans la tumeur. On arrive ainsi à dégager une masse énorme qui bombe au-dessus du foie avec lequel elle adhère. On pense avoir commis une erreur de diagnostic, mais on s'aperçoit qu'au-dessous du foie, la tumeur est recouverte par un mince feuillet ; l'exploration un peu prolongée, montre que la tumeur est coïncée entre l'estomac, refoulé en bas par la région pylorique, et le foie qui la recouvre.

Après avoir protégé le grand péritoine au maximum par des compresses, on dégage une zone assez étendue. On ponctionne avec le trocart à kyste de l'ovaire ; évacuation de deux litres de liquide louche, grisâtre, comme on en voit dans certains kystes hémorragiques : le diagnostic était donc exact : kyste traumatique du pancréas.

On explore la poche qui remplit la cavité : celle-ci semble fixée dans le fond comme dans les tumeurs du pancréas. Le liquide complètement évacué, on tente un clivage d'abord assez facile, puis très laborieux et très hémorragique ; on arrête le clivage, une dernière exploration ne montre pas de végétations polypeuses néoplasiques. Suture de la paroi.

Consécutivement s'établit une fistule pour laquelle on intervient à nouveau, le 13 juin 1919.

*Résection du trajet fistuleux, 13 juin 1919.* Laparotomie : l'incision circonscrit la cicatrice que l'on excise avec l'orifice cutané de la fistule.

On arrive sur un péritoine cloisonné, au niveau duquel on

rejoint facilement le trajet de la fistule ; en suivant ce trajet, on passe entre la face inférieure du foie et la petite courbure : on est ainsi amené sur le pancréas lui-même. Avec protection du champ opératoire à l'aide de compresses, on introduit dans le trajet fistuleux un stylet boutonné qui pénètre de plusieurs centimètres dans la glande : on *cathétérise sans aucun doute un canal pancréatique*. On résèque alors le trajet fistuleux et tous les doutes sont levés lorsqu'on a sous les yeux l'orifice interne plongeant dans le pancréas. Le stylet est alors enfoncé à nouveau dans le conduit glandulaire, dont le diamètre est d'environ 3 à 4 millimètres. Cet orifice est avivé par une véritable résection cunéiforme de toute une zone de pancréatite dure, scléreuse, d'environ un centimètre et demi de hauteur. Suture des deux lèvres pancréatiques, à l'aide de quatre points perforants étagés de catgut au collargol. Ces points de suture profonds sont recouverts par un feuillet épiploïque.

Reconstitution de la paroi abdominale en trois plans : un petit drain est laissé à la partie supérieure de l'incision, entre le foie et le pancréas.

L'*examen histologique* des fragments enlevés a montré qu'il s'agissait de tissus scléreux emprisonnant quelques îlots pancréatiques très reconnaissables.

Suites opératoires satisfaisantes. Cicatrisation au 10<sup>me</sup> jour, le malade a été revu jusqu'en novembre 1919 : guérison maintenue.

---

### OBSERVATION III

PIÉCHAUD. *Malade de Richet.*

*Union médicale, 17 juillet 1877.*

Homme de quarante-deux ans, renversé par un omnibus, le 18 juillet 1876 : plusieurs fractures de côtes. Séjour de un mois à l'hôpital Saint-Louis.

Entré à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1877 (service de Richet), pour tumeur de l'hypochondre gauche et *amaigrissement considérable*.

Thorax déformé par la tumeur, voussure abdominale gauche, tumeur lisse, ronde, mate, fluctuante, pas d'ictère, aucun symptôme rénal, pas de ballonnement ni de contact lombaire, ne vomit pas, ne souffre pas.

Ponction, le 24 février 1877 : 2 litres de liquide hématique sans caillots, sans éléments biliaires.

La tumeur se reforme : méthode de Récamier : application de caustique et nouvelle ponction. Mort par péritonite (trocart laissé à demeure).

Autopsie : tumeur rétro-gastrique, interhépatogastrique, développée entre les deux feuillets de l'épiploon gastro-hépatique.

Richet avait fait le diagnostic d'hématome enkysté ayant pour origine un *écrasement du foie*.

---

### OBSERVATION IV

FOURCADE, *in thèse Michel, 1898.*

Garde du corps, vingt-huit ans, blessé en duel. Coup d'épée à l'épigastre.

Symptômes graves : hoquets, vomissements, refroidissement, subictère. Amélioration apparente le huitième jour.

Apparition le 10<sup>m</sup>e jour d'une tumeur épigastrique rénitente.

Mort le trentième jour avec dyspnée et hématomèse.

Autopsie : arrière-cavité des épiploons pleine de sang liquide et coagulé, caillots noirs ; *plate de l'estomac*, péritonite diffuse ; l'artère splénique est coupée près du tronc cœliaque.

---

## OBSERVATION V

SENN

*American Journal of Méd., juillet 1885.*

X..., laboureur, âgé de dix-neuf ans, fut admis à Milwaukee Hospital, le 28 novembre 1884.

Il y a cinq semaines, alors qu'il était en parfaite santé, il tomba de voiture sous une barrique : c'est son côté gauche qui fut atteint.

La douleur reste localisée à la partie postérieure du corps, au point contusionné ; elle ne fut pas suffisante pour lui faire abandonner son métier de laboureur.

Au bout de quelques jours, il eut de la diarrhée qui dura deux semaines, sans cependant l'affaiblir outre mesure. Au bout de deux semaines, apparaît dans l'hypochondre gauche une tumeur ronde, lisse et douloureuse, qui augmente rapidement et donne lieu à une sensation de pesanteur stomacale, à des régurgitations et à des *vomissements*. L'appétit diminue beaucoup. Le médecin consulté se contente d'un traitement symptomatique et, ne voyant aucune amélioration, me l'envoya. Au moment de son admission à

l'hôpital, il était *très émacié* et se plaignait surtout de pesanteur à l'estomac, augmentant après le repas ; il n'était soulagé que par les vomissements.

A l'examen on trouve une tumeur occupant presque tout l'épigastre et l'hypochondre gauche : son point culminant était à 8 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. La percussion révélait de la matité, depuis le mamelon gauche jusqu'à un pouce de l'ombilic ; en arrière, la matité s'étendait de la huitième côte au bord supérieur de la douzième. Dans la région épigastrique on découvrit une zone de tympanisme le long de l'arc costal des côtes inférieures du côté droit. A la palpation, fluctuation évidente : on a la sensation de flot.

Le cœur est refoulé en haut, à tel point que le choc de la pointe peut être senti dans le quatrième espace intercostal.

L'estomac, artificiellement distendu par de l'acide carbonique, est manifestement dévié à droite et comprimé par la tumeur, le foie ne paraît pas atteint, les deux régions lombaires sont tympaniques, pas d'ascite, pas de frémissement hydatique : pas de battements, pas de soulèvement transmis par l'aorte abdominale.

Une aiguille à injections hypodermiques est enfoncée dans le point le plus saillant de la tumeur : le liquide retiré est quelque peu visqueux et opalescent. Il est alcalin, contient une grande quantité d'albumine ; au microscope on trouve quelques cellules épithéliales, des leucocytes, pas de crochets de *tœnia*.

*Laparotomie* : à l'ouverture du péritoine, on trouve l'épiploon un peu adhérent à la tumeur ; à travers l'incision épiploïque évacuation du liquide contenu dans la poche : le liquide recueilli était semblable à celui fourni par la

ponction exploratrice ; son volume fut évalué à 3 litres 1/2. Le kyste, complètement vidé, fut marsupialisé et drainé.

Pas de vomissements, soulagement immédiat par cessation de compression. Le pouls ne dépassa jamais 70 et la plus haute température observée le lendemain de l'opération fut de 37° 8. L'appétit revient et il n'y a aucun symptôme inquiétant.

Tout autour de la plaie la *peau était rouge, macérée*, et l'épiderme peut être enlevé par larges plaques ; ce changement de la peau était semblable à ceux attribués au pouvoir digestif du suc pancréatique.

La peau guérit sans suppuration, et, à travers la *fistule* il ne sortit que quelques gouttes de pus mélangé à la sécrétion qui continua pendant plusieurs semaines. Le trajet fistuleux bourgeonna bientôt et diminua tellement en longueur et en largeur, que, au bout de huit semaines, il n'admettait plus qu'un petit cathéter qu'on ne pouvait enfoncer qu'à une profondeur de 10 centimètres.

22 Janvier 1885 : la malade est guérie, la fistule complètement fermée. Santé généralement bonne, digestion parfaite.

La palpation ne fait découvrir aucune tumeur dans la région du pancréas.

---

#### OBSERVATION VI

##### **Kyste hématique de l'abdomen situé entre le pancréas et l'estomac - Laparotomie - Mort MÉRIGOT DE TREIGNY, 1885**

C. A., trente deux ans, jockey, entre à Beaujon le 17 août 1885, pour tumeur de l'abdomen ; on relève dans son passé, des chutes nombreuses, l'une, entr'autres, il y a cinq ans.

Les troubles fonctionnels, digestifs, n'ont pas duré plus d'une quinzaine de jours et le malade vient seulement pour sa tumeur. Voussure de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, développée à gauche de la ligne médiane. Tumeur lisse, ronde, mobile avec les mouvements respiratoires, séparée du foie par la sonorité gastrique.

Ponction le 23 août : 500 gr. de liquide brunâtre qui se reproduit rapidement.

*Laparotomie* le 8 octobre (S. Schwartz), incision médiane : une brèche pratiquée sur le grand épiploon, permet d'atteindre la tumeur que l'on ponctionne pour en retirer 700 gr. de liquide.

Impossibilité d'extirper le kyste ; marsupialisation et drainage. Des signes de réaction péritonéale apparaissent le soir et se continuent le lendemain ; le malade meurt avec facies péritonéal, subdélirium, météorisme, vomissements T 38°, P 112, *Autopsie* kyste rétro-gastrique, situé devant le pancréas, dans l'arrière-cavité des épiploons. Pas d'épanchement dans la grande cavité ; la poche kystique paraît étanche.

---

## OBSERVATION .VII

GROSS. — *Thèse-Michel, Nancy 1898*

Homme de vingt-sept ans, cultivateur ; accident en août 1896 : choc dans le flanc gauche, par le timon de la voiture, à la suite d'un brusque écart du cheval.

Quelques douleurs ; le blessé continue à travailler. Quinze jours après l'accident, apparition d'une tumeur épigastrique grosse comme le poing et qui augmente jusqu'en novembre

1896, puis reste stationnaire ; évolution insidieuse, sauf quelques crises de *vomissements bilieux*. Entre le 22 février 1897, dans le service du D<sup>r</sup> Gross.

Tumeur visible dans l'hypochondre et l'épigastre gauche, mobile avec les mouvements respiratoires, ovale, s'engageant sous le rebord costal ; la tumeur dépasse la ligne médiane.

Par moments, il y a de la sonorité à la partie inférieure de la tumeur, surtout après distension artificielle de l'estomac. Tumeur liquide et fluctuante ; un froissement de cuir neuf est perçu plusieurs fois.

Diagnostic : tumeur, dépendant probablement de la rate et kystique, de nature inconnue.

Laparotomie le 3 mars 1897. Estomac refoulé à droite, colon refoulé en bas ; fixation de la tumeur au péritoine pariétal, ponction : 2 litres 1/2 de liquide brun-noir malaga, rate normale. Marsupialisation de la poche, développée dans l'arrière-cavité des épiploons.

Guérison sans incidents ; le malade, revu en février 1898, a repris ses travaux agricoles.

Analyse du liquide : alcalin, riche en hématine, réduit la liqueur cupro-potassique.

---

## OBSERVATION VIII

### **Kyste hématique du pancréas**

SOUBLOVITCH, *Congrès méd.* 1900

S. I. femme de 27 ans, entre le 30 octobre 1894 à l'hôpital de Belgrade. Il y a deux ans, à la suite d'une contusion de l'hypochondre gauche, (chute) la malade ressent une violente

douleur ; une tumeur apparaît, augmente progressivement de volume ; les douleurs deviennent plus intenses, la malade entre à l'hôpital.

La tumeur du volume d'une tête d'enfant dépasse en bas l'ombilic, se prolongeant à droite au-delà de la ligne médiane : tumeur lisse, peu mobile transversalement, suivant les mouvements respiratoires, séparée du foie par une zone tympanique.

L'injection gazeuse permet de constater que l'estomac se trouve au-dessus et le colon transverse au niveau même du pôle inférieur de la tumeur. Rien aux organes génitaux.

Opération le 5 novembre 1894. La tumeur est recouverte par le grand épiploon que l'on dissèque ; on voit alors que la face postérieure de l'estomac adhère intimement à la partie supérieure de la tumeur : la face antérieure de celle-ci est recouverte par le feuillet péritonéal de l'arrière-cavité.

Ponction qui permet de retirer un litre et demi de liquide hémorragique ; marsupialisation.

Le 7 novembre apparaissent des symptômes d'infection péritonéale qui emportent la malade.

Autopsie : une suture a cédé, d'où formation d'une communication entre la poche et la grande cavité péritonéale, point de départ de la péritonite.

---

## OBSERVATION IX

LEJARS. *Congrès Français de chirurgie, 1901*

### **Kyste hématique péri-splénique (in Miginiac)**

Femme de quarante-trois ans ; traumatisme il y a 3 ans : chute et violente contusion dans un escalier.

Début des accidents le 30 mai 1900 : douleur, vomissements. Voussure de l'hypochondre gauche et du flanc gauche, dure, rénitente, occupant l'épigastre ; contact lombaire.

Opération le 5 janvier 1901 (Lejars). Incision lombaire, sur le relief maximum de la tumeur : un litre et demi de liquide hématique et de grumeaux noirs. Cavité close se prolongeant jusqu'à l'ombilic et la crête iliaque à gauche, en haut jusqu'à la rate.

Paroi de la poche mince et fibrineuse. Large drainage.

Guérison : disparition de la fièvre et des vomissements, des douleurs.

En avril, nouvelles douleurs, nouvelle tumeur : débridement du trajet opératoire, nouveau drainage. Guérison définitive.

Liquide onctueux, salivaire, ne digérant pas l'albumine de l'œuf, mais irritant les lèvres de la plaie.

L'auteur admet qu'il y a eu rupture traumatique de la tête du pancréas, puis hématome enkysté par des adhérences ; cet hématome se serait résorbé et il s'y serait déversé du suc pancréatique pour constituer un kyste traumatique du pancréas.

---

## OBSERVATION X

### **Pseudo-kyste traumatique du pancréas**

JEANNEL. *Archives méd. Toulouse 1903.*

B... Victor, vingt-trois ans, cultivateur, entré le 10 avril 1902, pour tumeur épigastrique.

Le 15 décembre 1901, coup de pied de cheval à l'épigastre ; B., reste étourdi et suffoqué pendant deux ou trois minutes, mais, peut rentrer à son domicile, distant d'un kilomètre.

La vive douleur du début, devient supportable : ni vomissements, ni hématomésés, ni nausées ; ballonnement de la région ombilicale ; au bout de 15 jours, le ballonnement ayant diminué, le malade pouvait se lever un peu, mais éprouvait alors, un sentiment de pesanteur assez pénible ; à ce moment, dans la région épigastrique, tumeur du volume de deux poings, douloureuse à la pression.

Au bout de trois semaines, B., se leva ; la tumeur diminuait et, le 15 mars, elle était seulement du volume d'une noix. B., *se croyant guéri*, reprit une alimentation plus copieuse, aussitôt, douleurs et tumeur reparurent.

B., affirme avoir *considérablement maigri*. Dans la région sus-ombilicale, au voisinage et à droite de la ligne médiane, la paroi est soulevée par une tumeur hémisphérique, mate à son centre, entourée d'une zone de sonorité due à l'estomac et aux anses intestinales, nettement séparée du foie par une bande sonore. La palpation profonde permet de reconnaître que cette tumeur s'insère profondément dans l'abdomen, vers la colonne vertébrale.

Diagnostic posé : kyste traumatique de la tête du pancréas, après distension de l'estomac, au moyen de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, distension du colon par injection rectale de deux litres d'eau.

Intervention : la tumeur est dans l'épiploon gastrocolique, cet épiploon est lardacé, induré, de couleur hémorragique. Après avoir traversé à peu près un centimètre de tissu épiploïque, ouverture d'une cavité d'où s'écoule, environ, une cuillerée à bouche d'un liquide jaunâtre et limpide, puis, une assez grande quantité de sang.

Marsupialisation, drainage : drains et mèches enlevés le huitième jour. Ecoulement d'un liquide clair, onctueux,

irritant les lèvres de la plaie, on assistait à une sorte d'auto-digestion, puis, l'écoulement diminua et la *fistule* était tarie vingt-sept jours après l'intervention.

---

## OBSERVATION XI

GR. CUMSTON, de Boston in *Revue de Chirurgie* 1903

### Un cas de kyste du pancréas

---

La malade, une jeune femme de vingt-six ans, reçut, accidentellement, dans la région de l'estomac un coup occasionné par une chaise ; elle perdit connaissance et fut transportée dans sa chambre. La malade se remit assez vite, se plaignant seulement d'une douleur plus ou moins vive dans l'abdomen pendant plusieurs jours. A peu près une semaine après l'accident, la malade *fut assez bien pour se déplacer et voyager pendant trois mois*, pendant lesquels, elle se plaignit de temps en temps de douleurs, de coliques ; autrement elle paraissait en parfaite santé. Au mois de juillet, à peu près cinq mois après l'accident, elle fut réveillée au milieu de la nuit par une douleur aiguë dans la région hypochondriaque droite qui dura d'une façon intermittente pendant plusieurs jours et finalement cessa. Pendant cette crise, il n'y eut pas trace de jaunisse et les selles restèrent de couleur normale.

Après cette crise, la malade se sentit très bien jusqu'au commencement de septembre où une autre crise de douleurs survint : elle eut lieu dans la nuit et, le matin, la malade était de nouveau remise. Pendant quinze jours, elle se sentit

parfaitement bien, mais de nouveau les douleurs apparurent, quoique pas aussi fortes et se firent sentir plutôt dans la région de l'estomac. Cette fois-ci, elle avait une *légère jaunisse* et la couleur des selles était grisâtre. La malade était un peu affaiblie par ces crises de douleurs répétées et elle commença à souffrir de vagues troubles digestifs, particulièrement de gonflement d'estomac après avoir mangé et de gonflement des entrailles par des gaz, une heure et demie ou deux heures après le repas.

L'état de la malade resta à peu près le même jusqu'à ce qu'une autre crise de douleurs survint dans les premiers jours d'octobre, et comme le médecin suspecta des calculs biliaires, il lui conseilla de voir un chirurgien.

Nous examinons la malade le 6 octobre 1900; femme grande avec une légère apparence de jaunisse, langue très chargée, température normale, pouls 82.

La partie supérieure de la paroi abdominale était légèrement projetée en avant et la région hépatique semblait plus pleine que l'hypochondre gauche : au toucher, la région du foie et de l'épigastre était très sensible. La matité du foie s'étendait depuis la ligne mammaire jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous du rebord des côtes, et continuait horizontalement en arrière, dépassant la ligne médiane, légèrement au-dessous de l'ombilic.

Le tympanisme obtenu par la percussion nous donnait l'impression que le colon couvrait le foie et y adhérerait probablement; il semblait aussi que le contour de l'estomac se prolongeait sur la gauche plus que d'habitude; il n'y avait pas de dilatation apparente de l'organe. La partie inférieure de l'abdomen était normale et l'examen des organes génitaux fut négatif.

Intervention : incision sur la ligne médiane, du sternum à l'ombilic. L'estomac, qui était normal, était projeté de dessous le foie normal par un kyste qui était situé derrière le viscère : au palper, la tumeur semblait être de la grosseur d'une énorme orange et pouvait se mobiliser directement. Nous déchirâmes le *ligament gastrocolique* pour découvrir la tumeur : elle était plus ou moins adhérente aux parties voisines. Un examen minutieux nous prouva qu'il serait imprudent de dégager la tumeur en rompant les adhérences, et nous décidâmes de réunir par quelques sutures de catgut la pointe supérieure du kyste au péritoine de la paroi abdominale antérieure; le reste de l'incision abdominale fut fermé.

Nous fîmes alors une incision dans le kyste et à peu près 7 à 800 centimètres cube d'un liquide sale et gras, contenant des corpuscules gras en quantité considérable, s'écoulèrent. L'intérieur du kyste était plus ou moins souple et lisse.

Trois heures après l'opération, nous fûmes appelés en hâte par la garde qui venait de s'apercevoir qu'une hémorragie post opératoire avait eu lieu : nous trouvâmes une hémorragie veineuse en nappe provenant de la membrane doublant le kyste.

Pendant les deux premières semaines après l'opération, le kyste sécréta une grande quantité de liquide brun foncé : à la fin de la troisième semaine après l'opération, la sécrétion commença à diminuer, si bien que cinq mois après l'opération il n'y avait plus qu'une petite *fistule* qui se ferma cinq semaines après au moyen d'injections de chlorure de zinc.

Nous revîmes la jeune femme au mois d'août 1902 et la

trouvâmes en fort bonne santé. La cicatrice abdominale était parfaite, sans trace de hernie dans la région de la fistule et au palper, on ne sentait qu'un léger épaissement en pressant fortement.

---

## OBSERVATION XII

### **Hématocèle péri-splénique**

**MORESTIN.** *Congrès français de chir. 1904*

Homme trente-sept ans, créole de la Martinique.

En 1902, coup de poing à l'hypochondre gauche, douleur vive, mais peut rentrer chez lui. Se lève les jours suivants, mais les douleurs reparaissent et le malade s'alite pendant trois semaines.

Au bout d'un mois, une tumeur se développe sous le rebord costal gauche. *Amaigrissement.*

En 1903, tumeur énorme, développée à gauche et atteignant le bord externe du grand droit du côté droit, fluctuante, indolore.

Diagnostic : kyste de la rate.

Laparotomie le 15 août 1903 : pseudo-kyste adhérent à la paroi : liquide hématique très abondant (8 ou 9 litres) bouillie ocreuse comme dans une vieille hématocèle.

Collection limitée par des adhérences, sans paroi propre.

Guérison : la rate n'a pas été vue.

Fistule persistant en 1903.

Deuxième intervention : *rate explorée*, volumineuse.

Avec une *cicatrice étoilée*.

Drainage ; guérison en juillet 1904.

## OBSERVATION XIII

KRASKE. FRIBOURG

Jeune garçon de 3 ans qui fut écrasé le 2 mai 1906 et présentait une fracture de côtes. Au bout de quelques jours, douleurs dans la région épigastrique. Depuis 14 jours, l'enfant vomit tout ce qu'il prend, son état d'*amaigrissement* est très grand. Vingt jours après, légère tension de l'abdomen sans météorisme ; la région stomacale présente une sensibilité diffuse à la pression.

Le 1<sup>er</sup> juin, au milieu du creux épigastrique, on sent une résistance et de la matité sur une étendue à peu près large comme la paume de la main. Un lavage de l'estomac montre la vacuité à peu près complète de cet organe ; il ne contient qu'un peu de suc gastrique. La résistance du creux épigastrique n'est pas modifiée.

L'enfant est complètement abattu et amaigri. Cyanose des extrémités.

*Opération* : Laparotomie médiane au niveau de l'épigastre, pas de lésions inflammatoires du péritoine pariétal : paroi antérieure de l'estomac, rien de particulier. Les ligaments gastro-colique et gastro-hépatique sont un peu enflammés ; ce dernier forme même une voussure entre le foie et la petite courbure de l'estomac. Une ponction faite en ce point donne un liquide jaune, légèrement trouble. Incision du ligament gastro-hépatique et ouverture de la bourse cruentale qui laisse écouler environ trois quarts de litre de liquide. Drainage. Amélioration marquée, plus de vomissements ; le ventre est mou, n'est pas sensible à la pression. Par le drain s'écoule toujours du liquide en abondance.

Un mois après l'opération la plaie est fermée et il ne

subsiste qu'une *fistule* par laquelle s'écoulent des quantités modérées de suc pancréatique. L'état général est bon.

---

## OBSERVATION XIV

HARDOUIN. *Revue de chir.* 1907

Le nommé G.... quarante-huit ans, cultivateur, entre le 3 février 1906 à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service de clinique chirurgicale ; en dehors d'une pneumonie qu'il aurait eue à vingt ans, il n'a jamais été malade jusqu'au début de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

A la fin d'octobre 1905, le malade fut violemment serré contre un mur par une lourde voiture et perdit connaissance une demi-heure environ. Revenu à lui, il put regagner son domicile, distant de un kilomètre, à pied et sans aide.

Toute la nuit, il se plaignit de douleurs violentes dans le ventre et présenta quelques vomissements alimentaires et bilieux ; pas de mœlena, pas d'hématurie. Puis les *symptômes allèrent en s'amendant*, mais jamais le malade ne se remit complètement et ne recouvra la santé dont il jouissait auparavant.

Vers le 20 novembre, trois semaines environ après l'accident, il constata pour la première fois la présence d'une tumeur allongée, qui faisait saillie à la paroi abdominale, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Depuis lors, la tumeur n'a fait qu'augmenter de volume ; au dire du malade, l'accroissement, d'abord assez lent, aurait rapidement augmenté depuis le 20 janvier.

Le malade est vu par nous le 8 février ; il est petit, d'aspect pâle et *très amaigri*.

A l'inspection, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, siégeant dans l'hypochondre et le flanc gauche : toute cette région est fortement saillante en avant. Les cinq dernières côtes sont nettement refoulées et provoquent une déformation très notable de la cage thoracique.

L'ombilic est attiré légèrement du côté gauche. La tumeur apparaît limitée en bas par une ligne courbe à concavité supérieure, passant à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et se dirigeant vers la onzième côte.

Le point le plus saillant se trouve situé à mi-route d'une ligne joignant l'appendice xyphoïde à l'ombilic, à 4 centimètres environ à gauche de la ligne médiane,

La percussion nous montre que la tumeur est mate dans toute son étendue. L'estomac étant vide, la moitié de cet organe est limitée en bas par une ligne légèrement concave vers la partie supérieure du tronc qui siège à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et déborde la ligne médiane de quatre travers de doigt aussi de chaque côté. Nous avons ensuite dilaté l'estomac en faisant prendre au malade une potion de Rivière.

Nous constatons alors que la grande courbure de l'estomac s'est abaissée jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; en outre, la sonorité déborde la ligne médiane de six travers de doigt à droite, et de quatre à gauche. En résumé, l'estomac est nettement situé en avant de la tumeur. La pointe du cœur bat dans le sixième espace, le foie paraît normal dans ses dimensions. Rien à noter de particulier dans les autres organes.

Le diagnostic porté, surtout en raison de la situation très nette d'une tumeur liquide en arrière de l'estomac, est : kyste de l'arrière-cavité des épiploons.

Le rein est éliminé, car la tumeur ne bombe pas dans la loge rénale.

*Opération.* Laparotomie médiane : l'estomac cache en haut la partie supérieure de la tumeur ; le colon transverse très bas est presque complètement caché par la tumeur.

Ponction au trocart donne 2 litres de liquide épais, trouble légèrement floconneux et de couleur brun verdâtre.

Incision du kyste, assèchement : après une tentative d'ablation complète, on se résoud à la marsupialisation.

Contre-ouverture de 15 centimètres dans la région lombaire et drainage par deux gros drains en canon de fusil.

Suites : pas de vomissements ni de température, le pouls est à 110, mais bien frappé et régulier. Au bout de quelques jours le malade suit, comme alimentation, le régime ordinaire.

Le suintement par l'incision lombaire extrêmement abondant la première semaine, diminue ensuite notablement.

Trois mois après l'opération, la *fistule* lombaire était tarie.

---

## OBSERVATION XV

HEINEKE — *Arch. für klin. Chir.* 1907.

Homme de 30 ans, écrasé par un charriot, dont une roue lui passa sur la partie inférieure du thorax. Immédiatement, violentes douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen ; trois jours après, vomissements aqueux ; le malade entre à l'hôpital onze jours après l'accident.

Vomissements et altération considérable de l'état général.

A l'hypochondre gauche, tumeur grosse comme la tête d'un enfant, de consistance élastique, fluctuante, s'étendant à

droite au delà de la ligne médiane ; en bas au dessous de l'ombilic ; en haut elle disparaît sous les côtes.

*Opération* : Incision parallèle au rebord costal ; dans la cavité péritonéale, liquide abondant, légèrement sanguinolent ; estomac aplati contre la paroi antérieure de l'abdomen.

Rupture du ligament gastro-colique, près de la grande courbure ; à travers ce ligament, kyste très tendu, violacé, très adhérent au ligament ; incision et issue de plus d'un litre de liquide fortement hémorragique. Drainage.

Examen du liquide diastase, très positive - stéapsine : positive ; trypsine douteuse.

Deux jours après l'opération, l'état général est bon, sécrétion abondante du liquide par les drains.

Quinze jours plus tard, le malade est très bien ; un petit drain est encore laissé dans le trajet fistuleux, qui secrète toujours un peu.

Deux mois, après l'accident, le malade peut reprendre ses occupations.

---

## OBSERVATION XVI

### **Péritonite enkystée de l'arrière cavité des épiploons**

BLANC ET PORTE - *Loire Médicale* 1907.

R.. D , jeune berger, de douze ans et demi, qui, le 15 juillet 1907, reçut plusieurs coups de corne, fut projeté en l'air, puis piétiné. Immédiatement, vive douleur dans l'hypochondre gauche et au niveau de la région épigastrique.

Le soir même, fièvre, ballonnement du ventre, début des vomissements verts ; malgré le traitement à la glace, aggravation.

tion de l'état général, l'enfant dit lui-même avoir considérablement maigri.

Le 26 août, l'enfant entre à l'hôpital, plus de température ni de vomissements. Voussure sous-ombilicale; la palpation fait sentir une masse légèrement indurée à gauche de l'estomac, dépressible et peu douloureuse.

*Intervention*, le lendemain de l'entrée du malade.

Incision médiane : épiploon adhérent et agglutiné; incision de la poche à travers l'épiploon gastro-colique; 4 à 5 litres de liquide séreux-citrin. Marsupialisation et drainage.

Pas de suites opératoires.

---

#### OBSERVATION XVII

R. PICQUÉ - *in Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 3 juin 1908 (résumée).

Un jeune homme de 13 ans, étant à bicyclette, est violemment renversé par une charrette. On ne constate, tout d'abord, qu'une fracture de la clavicule droite, mais, le lendemain, l'enfant est pris de vomissements qui durent toute la journée et ne se calment, les deux jours suivants, que sous l'influence de l'opium. La température reste à 37° pendant ces trois premiers jours; le 4<sup>e</sup> jour, elle monte à 37°8, et le ventre devient douloureux et météorisé.

M. Picqué vit le malade 6 jours après le traumatisme, les douleurs revenant par crises de plus en plus violentes; il semble qu'une péritonite est en voie de généralisation.

Le malade, couché en chien de fusil, se déplace avec crainte, l'abdomen est distendu et douloureux; le tympanisme généralisé masque la matité hépatique et occupe aussi les flancs,

pas d'arrêt des matières et des gaz, plus de vomissements, mais quelques hoquets. Des *crises douloureuses*, extrêmement violentes, ne cessent d'agiter le malade.

Comme le pouls est régulier à 90, et bien frappé avec une température de 38°, sans dissociation par conséquent, on rejette le diagnostic de péritonite généralisée, d'autant plus qu'il n'y a pas de facies péritonéal. Remarquant que le ballonnement est surtout accusé à l'épigastre, que la base du thorax semble élargie et que les douleurs spontanées et provoquées, sont surtout localisées à l'épigastre, on pense à une péritonite enkystée sus mésocolique, due à une lésion viscérale indéterminée.

*Laparotomie*, 6 jours après l'accident, pas de liquide péritonéal, mais en relevant le bord libre du lobe gauche du foie, on ouvre une cavité d'où s'échappe un liquide un peu louche, qui semble collecté sous le foie, au dessus de l'estomac ; on trouve dans la profondeur, au devant de la colonne vertébrale, une saillie dure et arrondie, à surface blanchâtre, d'aspect fibrineux. Le doigt fait le tour de cette saillie en haut, à gauche et en bas ; elle ne tient qu'à droite ; on sectionne cette adhérence, et, après avoir lié une artériole, ouverte au cours de cette manœuvre, on tamponne la cavité résultant de l'ablation de la tumeur et on suture la moitié de l'incision sus ombilicale.

Suites simples : les crises douloureuses cessèrent, dès l'opération ; le 3<sup>e</sup> jour, on enlève les mèches, et dès lors, la température, qui était aux environs de 38°, retombe à 37°. Les jours suivants il se fait un abondant écoulement de liquide pancréatique, mais l'état général reste parfait, et, après avoir conservé un trajet fistuleux pendant quelques semaines, le malade est complètement guéri.

L'examen histologique du fragment enlevé, montra, qu'il s'agissait bien du *pancréas* : un segment du corps du pancréas, était, pour ainsi dire, complètement détaché, et formait une tumeur en voie de nécrose.

---

#### OBSERVATION XVIII

ROSE. (GUINARD, *Société chir.*, 3 juin 1908)

Homme, 24 ans, enseveli dans un éboulement de briques et fortement contusionné au niveau du rebord costal gauche. Plusieurs fractures de côtes et vomissements de sang : peu à peu tumeur à l'épigastre ; 15 jours après, le malade entre à l'hôpital. La région abdominale supérieure présente une voussure arrondie, mate à la percussion.

Laparotomie : grosse tumeur rebondie, presque noire, au-dessus de la tumeur passe l'estomac comprimé. Incision du ligament gastro-colique donnant issue à 4 litres 1/2 d'un liquide jaune-rougeâtre avec fragments d'un aspect glaireux et jaune.

La *paroi de l'estomac*, en arrière, est déchirée et cette déchirure est en partie oblitérée par du sang coagulé. Consécutivement à l'intervention, fistule donnant issue à un liquide corrodant la peau, saccharifiant le sucre.

Dans ce cas, du sang, des sécrétions du pancréas, des restes du contenu de l'estomac ont fourni cette collection si abondante de l'arrière-cavité.

---

## OBSERVATION XIX

NÆVER, *Journal de chirurgie belge*, 1908

Garçon de 16 ans, tombe d'une hauteur de 6 mètres sur le côté gauche. Il vomit pendant deux jours, reste alité pendant une huitaine, continue à souffrir violemment du côté gauche pendant cinq semaines, puis remarque l'apparition d'une tuméfaction abdominale qui l'amène à l'hôpital.

Toute la partie supérieure gauche de l'abdomen est, en effet, soulevée par une tumeur qui fait proéminer également la partie inférieure du thorax. La palpation limite nettement la tumeur en bas et à droite ; en haut et à droite, ses limites sont inappréciables ; dimensions d'une tête d'adulte. La consistance est rénitente et donne l'impression d'une tumeur liquide ; la mobilité est restreinte, cependant la tumeur s'abaisse avec les mouvements respiratoires.

A la percussion, matité se continuant avec celle du foie et de la rate ; l'insufflation de l'estomac permet de reconnaître que la masse est rétro-stomacale ; l'insufflation du colon montre qu'il encadre le pôle inférieur de la tumeur.

On porte le diagnostic du kyste traumatique du pancréas.

Opération : Le kyste apparaît entre l'estomac et le colon : on le ponctionne, il s'écoule 4 litres de liquide chocolat. On constate alors que la poche est formée par l'arrière-cavité des épiploons avec laquelle elle se confond. Marsupialisation. A la sortie du malade, un mois après, la cavité du kyste bourgeonne fort bien et a fortement diminué de volume.

---

OBSERVATION XX

**Contusion de l'abdomen et du pancréas. — Kyste  
de l'arrière-cavité des épiploons.**

SCHWARTZ. *Soc. de chir.* 1908

I. — R..., charretier, 27 ans, blessé le 5 octobre 1901, par compression entre un timon de voiture et un arbre. Nausées, pas de vomissements, selles normales, ventre un peu tendu ; la marche est possible.

Entre dans le service le 25 octobre 1901 : voussure de tout l'épigastre et de l'hypochondre gauche, palpation difficile à cause de la contracture ; dans l'hypochondre gauche, là où il y a de la tension, se dessine une zone de matité. Glace sur le ventre, diète liquide, repos absolu.

Les jours suivants, pleurésie droite avec un peu d'épanchement ; le ventre augmente de volume et du liquide s'y accumule manifestement.

*Opération* le 21 mars 1902 : Laparotomie médiane, estomac refoulé en avant avec épiploon gastro-colique tendu en avant de la poche qui paraît formée par l'arrière-cavité.

Poche ponctionnée, puis ouverte : liquide jaune-citrin, clair d'abord, puis trouble.

*Analyse chimique* : éléments du suc pancréatique.

Marsupialisation, drainage.

Fistule pancréatique qui se ferme définitivement le 10 avril 1902.

II. — M..., 19 ans, palefrenier, reçoit, le 20 février 1903, un coup de pied de cheval dans la région épigastrique ; transporté le matin même à l'hôpital.

Pas de signes de contusion viscérale grave. Le lendemain,

vomissements verdâtres sans ballonnement, sans défense musculaire ; le pouls est bon, ainsi que la température, aucune tuméfaction profonde. Jours suivants : vomissements, température 39°, présence d'une tumeur liquide située sous le foie.

Ponction explorative le 14 mars, vingt-deux jours après la blessure : liquide citrin, louche. *Amaigrissement rapide.*

Laparotomie le 14 mars : la tumeur est développée sous le foie, refoulant l'épiploon gastro-hépatique en avant : liquide clair, séreux. Poche marsupialisée et drainée.

*Fistule fermée au bout de deux mois.*

Dans les deux cas, on n'a pas pu trouver de lésions pancréatiques, il n'y avait même plus de sang et il s'agissait plutôt de collections liquides résultant de la transformation d'un épanchement sanguin mélangé à la sécrétion pancréatique.

---

#### OBSERVATION XXI

##### **Pseudo-kyste pancréatique consécutif à un épanchement de bile et de suc pancréatique dans l'arrière-cavité**

D<sup>r</sup> SAVARIAUD. D<sup>r</sup> REYNIER, *rapporteur*

*Société de chir., juin 1909*

Homme de 39 ans, employé de chemin de fer, entré à Lariboisière le 7 novembre 1907. Sur le front et à la racine du nez, plaies contuses sans importance, mais vives douleurs internes.

A l'examen, on relevait tous les symptômes d'une contusion de l'abdomen de moyenne intensité : petitesse du pouls, ventre contracté, pâleur de la face.

Repos absolu, diète liquide, glace sur le ventre : disparition rapide des douleurs et des signes de réaction péritonéale : au bout de 15 jours, le malade pouvait quitter le service.

Rentré chez lui, le malade éprouve de nouveau des douleurs, vomit tous ses aliments, maigrit et entre de nouveau le 1<sup>er</sup> février 1908.

Collection kystique des plus nettes à grand axe vertical située derrière le grand droit de l'abdomen et dépassant la ligne médiane. Cette saillie est franchement fluctuante et, le malade étant endormi, elle nous a très nettement paru animée de mouvements péristaltiques (présence de l'estomac vide et aplati au-devant de la tumeur).

Cette tumeur détermine des troubles de compression de l'estomac (vomissements alimentaires).

Le diagnostic est hésitant entre un kyste hydatique de la face inférieure du foie et un<sup>m</sup> épanchement traumatique de bile ; mais ce dernier diagnostic paraît peu probable en raison de l'absence d'ictère.

*Opération* le 1<sup>er</sup> février 1908. Incision parallèle aux fibres du grand droit et située au milieu de lui.

On aperçoit la vésicule biliaire qui a son aspect normal et ne contient pas de calculs : au-dessus d'elle, on reconnaît le bord inférieur du foie et au-dessous de ce dernier le kyste.

La paroi du kyste a une couleur gris rosé et présente une striation due aux fibres musculaires de l'estomac que soulève la paroi antérieure du kyste.

Au-dessus de l'estomac, la paroi du kyste est formée par le petit épiploon considérablement épaissi.

Protection du péritoine par des compresses et ponction du kyste au trocart : flot de liquide couleur d'urine, pas de membrane hydatique. On abandonne l'hypothèse de kyste du foie

et on accepte celle de pseudo-kyste de l'arrière-cavité dû à un épanchement aseptique de bile.

Les adhérences du bord antérieur du foie, à peine reconnaissable, à l'épiploon gastro-hépatique, la couleur du liquide épanché ne laissent subsister aucun doute.

Assèchement de la poche, drainage et marsupialisation.

Suites : drain enlevé au bout de quelques jours, fistule pancréatique (analyse chimique positive) qui cède au régime antidiabétique.

*Analyse du liquide contenu dans le kyste.* Si cette analyse permet d'affirmer l'origine biliaire du liquide, elle ne nous permet pas d'éliminer la présence de suc pancréatique.

#### Liquide

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Couleur            | jaune rougeâtre          |
| Réaction           | légèrement alcaline      |
| Densité            | 1011                     |
| Albumine           | présence assez abondante |
| Peptones           | Néant                    |
| Glucose            | »                        |
| Pigments biliaires | Présence faible          |
| Urée               | 1 g. 833 par litre       |

---

#### OBSERVATION XXII

##### Pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons

AUVRAY. *Gaz. des Hôp.*, 29 nov. 1910

M<sup>lle</sup> M..., entre à l'hôpital Dubois, le 8 mai 1910, pour des accidents d'occlusion intestinale incomplète, remontant à plusieurs jours. Le 27 avril 1910, en voulant monter sur un

trottoir, la malade tombe sur les genoux ; en même temps, le côté droit de l'abdomen heurte violemment le sol : douleur très vive qui, le lendemain, a à peu près disparu.

Dans la nuit du 29 au 30, la malade ressent tout à coup une douleur très vive dans le dos : cette douleur atroce, paroxysmique, se localise le lendemain dans la fosse lombaire droite.

Le 2 mai, vomissements survenant environ deux heures après l'ingestion de lait, constipation opiniâtre, mais la malade continue à émettre des gaz.

Malade très amaigrie ; pommettes saillantes, yeux excavés. Abdomen considérablement ballonné ; dans le flanc droit, voussure appréciable : le palper bi-manuel de la région lombaire droite décèle une tuméfaction donnant naissance à du *ballottement*. Température 37° 2 ; pouls rapide et faible : 144. Depuis trois jours, constipation rebelle, mais la circulation des gaz n'est pas complètement interrompue : ce qui domine, ce sont les phénomènes d'*occlusion intestinale*.

Diagnostic : occlusion intestinale par compression de l'intestin, cette dernière ayant vraisemblablement pour cause une collection péri-rénale d'origine traumatique.

*Intervention* : Laparotomie latérale droite sus et sous-ombilicale, estomac et colon transverse refoulés en avant et aplatis au-devant d'une tumeur occupant l'arrière-cavité des épiploons. L'épiploon gastro-colique apparaît en avant de la tumeur ; une petite éraillure de cet épiploon donne issue à un jet de liquide très clair, légèrement citrin.

Section transversale de l'épiploon gastro-colique ; la tumeur siégeait bien dans l'arrière-cavité des épiploons, car une longue pince introduite dans la brèche épiploïque peut être poussée très profondément derrière l'estomac, vers le hile splénique.

L'hiatus de Vinslow paraissait oblitéré, car on ne put le franchir ni de dehors en dedans, ni en sens inverse. Rien d'anormal ne put être senti sur la face antérieure du pancréas, ni sur la face postérieure de l'estomac.

Rate, rein et voies biliaires normaux.

Drainage de la poche sans marsupialisation.

Le lendemain, température 37°, pouls 92 ; la malade a eu deux selles à peu près liquides. Drain enlevé le 19 juin, plaie complètement cicatrisée le 24.

---

### OBSERVATION XXIII

TILLAUX. *Traité de Chirurgie*, p. 171

Jean B..., 16 ans, fait une chute d'une hauteur de trois mètres : il tombe d'un arbre et l'abdomen vient heurter sur une grosse racine saillant de terre. La douleur immédiate fut très vive ; cependant le malade put se relever et accomplir, courbé en deux, un trajet de 200 mètres. Cette chute, qui marque bien nettement le début de la maladie, eut lieu une heure après le repas et provoqua le rejet immédiat des aliments. Le repos au lit fut nécessaire.

Pendant les cinq premiers jours, se manifesta un peu de réaction péritonéale avec ballonnement du ventre, constipation, vomissements verdâtres ; les vomissements cessèrent spontanément, et le seul phénomène morbide observé et qui a persisté durant toute la durée de l'affection, a consisté en crises douloureuses.

Ces *crises douloureuses*, provoquées par l'ingestion des aliments, survenaient immédiatement après et duraient parfois près d'une heure. Elles se reproduisaient sans régularité

aucune : il n'était pas rare de voir plusieurs jours se passer sans la moindre douleur, alors que d'autres fois, les crises pouvaient, pendant huit jours consécutifs, se reproduire après chaque repas.

Six semaines après l'accident, légère voussure au niveau de la région épigastrique, en l'espace de quinze jours, cette voussure se transforme en une tumeur des plus nettes. Les crises douloureuses étaient de plus en plus pénibles, il n'y avait pas d'ictère, mais l'amaigrissement faisait des progrès rapides.

*Laparotomie* exploratrice le 15 décembre, deux mois et demi après la chute début de tous les accidents.

Opération : laparotomie médiane sus-ombilicale : le péritoine pariétal incisé laisse découvrir une tumeur venant de la profondeur, sans connexion aucune avec le foie, encadrée à sa partie supérieure et latérale droite par les deux premières portions du duodenum. Faisant saillie entre le duodenum et le colon transverse, elle refoule l'estomac vers la gauche : à sa surface, rampent des veines saillantes et volumineuses, dont quelques-unes grosses comme la saphène interne.

Le diagnostic de kyste du pancréas est alors posé et la ponction est pratiquée avec un fin trocart, puis la poche est largement ouverte, suturée à la paroi et drainée.

Les suites opératoires furent simples, mais un écoulement très abondant de liquide limpide et transparent se faisant continuellement par les drains, obligea de changer le pansement plusieurs fois par jour.

Au quinzième jour, le malade se lève avec une ceinture en caoutchouc, à réservoir, pour recueillir le liquide ; dans les deux mois qui ont suivi l'opération, l'écoulement a atteint jusqu'à 100 g. par jour.

L'état général est excellent, la croissance continue ; l'opéré présente tous les signes d'une excellente santé, mais la *fistule* persiste encore quatorze mois après l'opération et laisse écouler chaque jour de 100 à 150 gr. de liquide.

---

#### OBSERVATION XXIV

F. HUE

*In thèse de Couture, Paris, 1910*

M... R..., blessé le 27 novembre 1909 d'un coup de brancard de voiture un peu à gauche de l'épigastre. Relevé et soutenu par deux hommes, il gagne son domicile et se couche aussitôt, pas de perte de connaissance.

Douleur violente ; une heure après l'accident, vomissements alimentaires puis bilieux qui continuent le lendemain et jours suivants ; pas d'hématémèses. La température est toujours restée normale. Pour atténuer la violence de la douleur que n'apaise aucun calmant, le malade essaie d'abord de se lever, puis reste assis sur son lit, en proie à une dyspnée vive, sans pouvoir prendre d'aliments, et *salivant abondamment*.

Les choses continuent ainsi pendant un mois environ ; il y avait eu cependant *quelques jours d'accalmie* pendant lesquels R... avait pu *se lever, sortir même* pour aller consulter son médecin, mais ce mieux n'avait pas duré et il lui était impossible maintenant de quitter le lit.

Le blessé, petit et vigoureux, était fort *amaigri* : son alimentation était des plus précaires, entravée constamment par les vomissements. La respiration était gênée, mais sans véritable oppression.

Depuis quelques jours, l'entourage avait remarqué qu'au niveau du point, ou à peu près, atteint par le brancard de la voiture, il apparaissait une bosse. Au début, tout le ventre avait été douloureux, à droite, dans la fosse iliaque principalement.

Maintenant la douleur semblait plus localisée dans l'étage supérieur de l'abdomen et on trouvait les fosses iliaques assez souples. Les fonctions intestinales et vésicales étaient à peu près normales.

A l'examen on trouve une tuméfaction manifeste qui soulève l'épigastre, mais bombe surtout vers le rebord chondro costal gauche. A ce niveau le ventre est tendu et très douloureux à la palpation ; la tuméfaction est rénitente ; la région rénale gauche n'est pas souple, mais bien encombrée aussi ; la région rénale droite au contraire est dépressible. Toute cette région tuméfiée est mate : la matité qui se confond avec celle du foie est surtout étendue vers la ligne médiane où elle va de la ligne inter-mamelonnaire à l'ombilic. Sur cette zone mate se trouve un îlot skodique qui se déplace seulement quand le blessé se tourne à gauche, sonorité skodique avec succussion qui paraît due à des gaz stomacaux, comme si l'estomac était repoussé en avant et en haut.

En proie à une *sialorrhée* abondante, le malade crache constamment. Température 36° 8 — Pouls à 60.

Une ponction pratiquée sur la partie saillante de la tumeur, avec une aiguille fine de Pravaz donne issue à un liquide légèrement louche, aqueux, venant en abondance.

Opération le 31 décembre. Incision sur le point culminant dans le sens des fibres du grand droit gauche qui sont écartées.

Le péritoine ouvert, on aperçoit la paroi antérieure de la collection formée par l'*épiploon gastro-colique*. Une ponction

à l'aiguille de Pravaz fait une brèche qui a tendance à s'agrandir et par laquelle un liquide presque clair jaillit en source ; l'aspiration est alors faite par un gros trocart : elle donne 2 litres de liquide ascitique, légèrement louche : cet orifice est agrandi pour permettre la pénétration de l'index ganté. La paroi interne de la poche paraît lisse partout et on perçoit sous le doigt le relief de tous les organes de l'arrière-cavité sans solution de continuité apparente.

Marsupialisation et drainage.

Le lendemain, pas de fièvre, bon état général, un seul vomissement ; le surlendemain, apparition d'une douleur avec gonflement de la région parotidienne gauche.

Plus de sialorrhée, pas de douleurs abdominales, pansement inondé de sérosité.

A partir du 4 janvier, la *parotidite* disparaît peu à peu, chaque jour le pansement est inondé : l'écoulement est de 420 centimètres cubes environ par vingt-quatre heures.

Ce liquide est visqueux comme du sperme et toujours louche ; l'analyse chimique y décèle les caractères du suc pancréatique. Le 14 janvier, quinze jours après l'opération, la fistule paraît tarie, le pansement n'est pas souillé, le 19 janvier le blessé quitte l'hôpital avec une petite plaie superficielle en voie de fermeture et par laquelle rien ne suinte.

---

OBSERVATION XXV

Kyste sanguin de l'arrière cavité des épiploons

*Malade présenté à la Soc. de chir. le 17 mai 1911*

D<sup>r</sup> WALTHER

Adolphe M., 45 ans, entré le 31 mai à la Pitié pour une très volumineuse tumeur qui occupait presque toute la moitié gauche de l'abdomen.

Le 14 avril 1909 il est renversé de bicyclette par une voiture dont le timon le frappe au côté gauche du thorax, fracturant la 6<sup>e</sup> côte. Deux jours après l'accident, épanchement pleural qui se résorbe peu à peu ; ce n'est que huit jours avant son entrée à l'hôpital que l'on s'aperçoit d'une saillie anormale dans la partie gauche de l'abdomen : cette tuméfaction est apparue *sans aucune douleur, sans aucune sensation de gêne.*

La tumeur très volumineuse, forme une saillie ovoïde, dont le pôle inférieur bombe au dessus de l'arcade crurale, sa masse emplit l'hypochondre gauche, s'enfonçant sous le thorax, la moitié gauche de la région ombilicale, la fosse iliaque et la partie supérieure de l'hypogastre.

*Dimensions* : longueur, 17 centimètres ; largeur, 13 centimètres au pôle supérieur ; 9, au pôle inférieur.

Le colon descendant passe en avant de la tumeur, il s'y révèle sous forme d'une bande sonore, au-dessus de la crête iliaque, l'estomac est décelé sous forme d'une zone sonore, au-dessous du rebord costal. La matité hépatique est très peu étendue, on ne la révèle qu'au-dessous du 7<sup>e</sup> espace : au-dessous, elle est remplacée par de la sonorité qui se continue avec celle de l'intestin.

*Amaigrissement*, surtout marqué au niveau des régions sus et sous-claviculaires et de la paroi thoracique.

Laparatomie sur la partie la plus saillante de la tumeur, tumeur volumineuse, arrondie; à sa partie supérieure, l'estomac est intimement fusionné avec la paroi.

Ponction avec le gros trocart à kyste : 4 litres de liquide de couleur brunâtre, d'origine hématique. Incision de la poche : le doigt pénètre en arrière, entre l'estomac et le diaphragme. On ne trouve pas trace de rupture du pancréas.

Drainage, suites excellentes. Depuis 2 ans, le malade n'a ressenti aucun trouble, aucun malaise.

---

#### OBSERVATION XXVI

#### Kyste hématique de l'arrière-cavité des épiploons (pseudo-kyste).

MÉRIEL - *Bulletin médical*, 26 août 1911.

C., ouvrier de l'arsenal de Toulouse, quarante sept ans, le 4 mars 1910, contusion épigastrique, par une perche prise dans une courroie de transmission. Le blessé, perd connaissance, et accuse ensuite une vive douleur locale ; transporté à son domicile en automobile.

Rougeur du point contus, aucune tuméfaction de la région atteinte, défense de la paroi dans la région sus ombilicale médiane, état nauséux sans vomissements ni hématurie ; pouls, 114 ; température, 38° 5.

Glace, morphine, repos absolu, pendant 5 jours, on n'observe que douleur et défense localisées ; le 6<sup>e</sup> jour (10 mars),

vomissements alimentaires, sans cessation des fonctions intestinales, ni ballonnement du ventre.

M. Mériel voit le blessé le 17 mars ; surélévation arrondie dans la région sus-ombilicale médiane, empiétant sur la région hépatique et gastrique, tuméfaction douloureuse au palper, se prolongeant, dans la profondeur, par une sorte de pédicule large. Matité en tous points, encadrée par sonorité gastrique et intestinale ; confondue à droite, avec celle du foie, pas de tuméfaction, léger œdème local.

On pense, soit à un hématome de la gaine du grand droit, soit à un épanchement profond, enkysté, venant d'une déchirure superficielle du foie.

Les jours suivants, subictère avec aggravation de l'état général ; 120 pulsations lipothymiese.

Intervention pratiquée le 23 mars (20<sup>e</sup> jour) : gangue demimolle, fusionnant la paroi aux viscères, liquide couleur chocolat, mêlé de caillots ; brèche agrandie avec le doigt.

La collection rétro-gastrique, occupe l'arrière-cavité des épiploons ; l'index gauche reconnaît un conduit, à paroi étroite, allant sous le lobe gauche du foie, mais, le doigt, ne peut atteindre le fond sans risque de forcer ou de rompre les adhérences.

Drainage de la cavité. Aucun incident local ; mort par pneumonie droite, le 50<sup>e</sup> jour après l'intervention.

Pas d'autopsie (opposition).

---

### OBSERVATION XXVII

CRESZENZI (Florence) - *Journal de chirurgie, août 1912.*

(résumée).

Homme de quarante-trois ans, reçoit un choc épigastrique violent ; pas de signes immédiats de contusion grave. Dans les jours qui suivent, tension épigastrique, douleurs ; au bout d'un mois, grosse tumeur, du volume d'une tête d'enfant, au dessus de l'ombilic : régulière, lisse, ronde, mate, médiane et rétro-gastrique.

Diagnostic : pseudo-kyste hématique de l'arrière-cavité ; la tumeur, ne peut être rapportée ni au rein, ni au foie, ni à l'estomac, ni à la rate, ni au pancréas.

Dilatation des veines sous-cutanées,

Ponction, au 3<sup>e</sup> mois : liquide hématique, sans ferments pancréatiques ni pigments biliaires.

Laparotomie : évacuation de trois litres de liquide séro-hématique, marsupialisation.

Guérison en un mois.

---

### OBSERVATION XXVIII

CHIARUGI (Sienne) - *Journal de chirurgie, janvier 1913.*

(résumée).

Homme 35 ans, reçoit un lourd baril sur le ventre ; signes immédiats de contusion grave, puis amélioration.

*Fausse guérison* ; le malade reprend son travail au bout d'un mois ; un an après, amaigrissement et douleurs épigastriques.

Cachexie ; tumeur sus-ombilicale mate, douloureuse.

Diagnostic : pancréatite traumatique.

Laparotomie sous-rachi-anesthésie : tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante, bombant entre l'estomac et le colon. Incision : masse brune, friable : nécrose du pancréas (?) Drainage de la cavité : écoulement de débris sphacelés et de suc pancréatique actif sur les graisses et les hydrates de carbone.

*Fistule tarie en trois mois.*

Guérison : le poids du malade est porté de 46 à 70 kg.

---

## OBSERVATION XXIX

DELFINO (Gênes), *in Journal chirurgie, mai 1913*

### *Résumée*

Homme de quarante-six ans ; traumatisme abdominal grave à dix-sept ans.

Amaigrissement, vomissements, douleurs.

Tumeur du volume d'une tête de fœtus à l'ombilic et à l'hypochondre gauche, indépendante du foie et de la rate masquée par l'insufflation de l'estomac, lisse, mate et mobile. Diagnostic : kyste péri-pancréatique.

Laparotomie : collection sanguine inter-gastro-colique, extirpation impossible, marsupialisation.

Guérison sans incidents — pas de fistule — pas de suc pancréatique dans le liquide hématique.

La collection n'avait avec le pancréas que des rapports de contiguité.

OBSERVATION XXX

**Hématome traumatique de l'arrière-cavité  
des épiploons.**

G. MIGINIAC, *in Revue de Chirurgie, février 1919, parue  
en juin 1919 (résumée)*

C... T..., soldat 14<sup>me</sup> escadron du T. E. M., tamponné par une voiture automobile, le 27 décembre 1918 et projeté à plusieurs mètres de distance.

Coma complet ; paralysie du nerf moteur oculaire commun gauche, avec strabisme, mydriase et ptosis ; pas d'épistaxis, ni d'otorragie, ni d'ecchymoses ; pas d'hémoptysie, ni d'hématurie. Ebauche de paralysie du facial inférieur gauche et hémiparésie gauche : *le ventre est souple et non contracturé.*

Une ponction lombaire donne un liquide C R sanglant et rutilant.

Au 12<sup>me</sup> jour après l'accident, une zone de matité est perçue dans l'hypochondre gauche, l'épigastre devient mat, rénitent et tendu.

Le blessé ne présente plus aucun symptôme crânien, sauf la paralysie du III, aucun phénomène méningé ...

Le blessé est prostré, indifférent à ce qui se passe autour de lui et a maigri considérablement depuis son entrée à l'ambulance, éprouvant dans l'hypochondre gauche des douleurs intermittentes, aigües et lancinantes : pas de vomissements ; température variant de 38 à 39°.

Tuméfaction très appréciable de l'hypochondre gauche et de la moitié gauche de l'épigastre ; cette tumeur, arrondie et nettement limitée, franchit la ligne médiane, atteint l'ombilic débordant de trois doigts les fausses côtes gauches.

Elle est mate partout, entourée d'une zone tympanique due à l'estomac sur la droite et à l'intestin en bas : l'espace de Traube est mat.....

Le volume de la tumeur est celui d'une tête d'enfant : il n'y a aucun trouble fonctionnel gastro-intestinal, ni vomissements, ni occlusion, mais le blessé déclare souffrir et ressentir des élancements. Pas de ballottements ni de contact lombaire ; la région lombaire gauche n'est ni tendue, ni empâtée, ni douloureuse... .

En raison du peu de temps écoulé depuis l'accident, nous pensons à un hématome enkysté de l'arrière-cavité : nous admettons qu'il y a enkystement d'une hémorragie qui s'est faite dans l'arrière-cavité, peu à peu, à la suite du traumatisme.

*Laparotomie le 11 janvier 1919* : la tumeur bombe au point que son sommet tend à proéminer hors du ventre quand l'écarteur abdominal est en place. La tumeur est violacée, noirâtre et soulève le péritoine de l'épiploon gastro-splénique et gastro-colique.

Incision de la tumeur au bistouri après protection de la cavité abdominale : de gros caillots sanguins sortent sous pression, puis grande quantité de sang noir sans odeur.

Il est absolument impossible de palper, de percevoir et de sentir ni la rate, ni le rein, ni le pancréas : il est donc impossible de préciser le siège de la lésion qui a provoqué cette hémorragie.

Drainage sans marsupialisation.

Suites : les douleurs ont disparu définitivement dès le soir de l'opération ; au pansement quotidien, on évacue des caillots fibrineux, en même temps que s'écoule une sérosité grasseuse, mais pas de stéato-nécrose, ni d'irritation cutanée. Aucun examen chimique de ce liquide n'est possible.

Le blessé est perdu de vue le 7 février 1919, mais sa guérison semble définitive : l'écoulement de la plaie est à peu près tari.



## CONCLUSIONS

---

1° Parmi les collections de l'arrière-cavité des épiploons, il en est qui méritent une place à part : ce sont les collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons d'origine traumatique, auxquelles la plupart des auteurs donnent le nom de pseudo-kystes traumatiques du pancréas.

2° Elles sont caractérisées, au point de vue anatomo-pathologique, par l'absence de paroi propre, ce qui les distingue des kystes glandulaires du pancréas, à paroi épithéliale. Leur paroi est constituée uniquement par des fausses membranes, unissant la collection aux organes voisins.

3° Ces collections, conséquence directe du traumatisme, ne sont pas toujours produites par les lésions traumatiques du pancréas, qui est, de beaucoup, l'organe le plus fréquemment atteint ; la rate, le lobule de Spiegel, les vaisseaux de l'arrière-cavité, accessoirement l'estomac, peuvent être le point de départ de ces tumeurs.

4° L'évolution clinique se fait en trois périodes : période initiale de contusion abdominale — période de latence, de guérison apparente — période de tumeur constituée.

5° Abandonnées à elles-mêmes, les collections enkystées de l'arrière-cavité des épiploons d'origine traumatique produisent un état d'amaigrissement progressif aboutissant à la cachexie d'où la nécessité d'un diagnostic rapide (évolution en trois

périodes) permettant une intervention chirurgicale précoce. On aura recours à la laparotomie suivie de marsupialisation et de drainage. — La guérison est la règle.

6° La fistule pancréatique, suite fréquente de ces collections est heureusement influencée par le régime antidiabétique. Dans les cas rebelles, on aura recours à l'anastomose du trajet fistuleux à l'estomac (Michon, Doyen), ou mieux à l'excision complète du trajet fistuleux (Professeur Bérard).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
BÉRARD.

*Vu :*

LE DOYEN,  
HUGOUNENQ.

*Vu et permis d'imprimer :*

LYON, le 15 janvier 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- AUVRAY. — Gazette des Hôpitaux, 29 novembre 1910.
- E. BÉRARD ET CH. DUNET. — Société Médico-Chir. de la  
XIV<sup>me</sup> région, 1918.
- E. BÉRARD. — Bulletin et Mémoires, Société de Chirurgie,  
23 décembre 1919.
- COUTURE. — Thèse, Paris, 1910.
- LE DENTU ET DELBET. — Traité de Chirurgie.
- GUINARD. — Loire Médicale, 1907.
- HARDOUIN ET DAYOT. — Revue de Chirurgie, 1907.
- JEANNEL. — Archives Médicales, Toulouse, 1903.
- LÉJARS. — Bulletins et Mémoires, Société de Chirurgie,  
février 1912.
- LENOIR. — Thèse, Paris, 1911.
- LÉVÊQUE. — Thèse, Paris, 1911.
- MÉRIEL. — Cliniques Chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de  
Toulouse.
- MICHAUX. — Congrès International Médecine. Section  
Chirurgie, 1900.
- MICHEL. — Thèse, Nancy, 1898.
- MIGINIAC. — Revue de Chirurgie, janv. 1919, parue juin 1919.

- MORESTIN. — Congrès Français de Chirurgie, 1904.
- NOEVER ET VERHOEGEN. — Journal de Chirurgie Belge, 1908.
- R. PICQUÉ. — Bulletins et Mémoires, Société de Chirurgie,  
3 juin 1908.
- SAVARIAUD. — Bulletins et Mémoires, Société de Chirurgie,  
juin 1909.
- SCHWARTZ. — Bulletins et Mémoires, Société de Chir., 1908.
- TERRIER ET LECÈNE. — Revue de Chirurgie, 1906.
- VILLAR. — Congrès Français de Chirurgie, 1905.
- VILLAR ET CARAGNIER. — Journal de Médec. de Bordeaux, 1908.
- TILLAUX. — Traité de Chirurgie, p. 171.
- CUSTOM. — Annales of Surgery, 1893 ; Journal de Chirurgie  
de Bruxelles, 1903.
- HEINECKE. — Arch. für Klin. Chirurgie, 1907.
- HEINRICIUS. — Arch. für Klin. Chirurgie, 1897.
- HONIGMANN. — Deutsch. Zeit. für Chirurgie, 1905.
- KULENKAMPF. — Berliner Klin. Woch., 1882.
- SENN. — Annals of Médecine, 1885.
- SOUBLOVITCH. — Congrès International de Médecine, 1900.
- WOHLGEMUTH. — Berliner Klin. Woch., 1908.
-







